

Sur la gravité de certaines tuberculoses décelées par examen systématique ou fortuit

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Marseille

Le 11 Juillet 1942

PAR

BRIGNOL Roger

Né le 4 février 1911 à Toulon (Var)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. MONGES
MATTEI
BERTHIER
RECORDIER

Président

Assesseurs

Marcel LÉCONTE
Imprimeur-Éditeur
MARSEILLE
1 9 4 2

**Sur la gravité de certaines tuberculoses
détectées
par examen systématique ou fortuit**

FACULTE MIXTE
DE
MEDECINE GENERALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

No

Sur la gravité de certaines tuberculoses
décelées
par examen systématique ou fortuit

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Marseille

Le 11 Juillet 1942

PAR

BRIGNOL Roger

Né le 4 février 1911 à Toulon (Var)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. MONGES
MATTEI
BERTHIER
RECORDIER

Président

Assesseurs

Marcel LECONTE
Imprimeur-Éditeur
MARSEILLE
1 9 4 2



PERSONNEL DE LA FACULTE MIXTE

DE

MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : L. CORNIL.

Assesseur : F. MERCIER

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MM. MOITESSIER, CASSOUTE,
OLMER, GAUJOUX, COTTE, AUBARET

Chargés de Cours honoraires : TIAN,

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : Mme PEROL

Professeurs

Anatomie	CORSY
Anatomie pathologique et Pathologie expérimentale.	CORNIL
Bactériologie	ROUSLACROIX
Chimie analytique et hydrologie	RIMATTEI
Chimie médicale	ROCHE
Clinique chirurgicale	FIOLLE
Clinique chirurgicale	BOURDE
Clinique exotique	HECKENROTH.
Clinique des maladies nerveuses	ROGER
Clinique médicale	AUDIBERT
Clinique médicale	MATTEI
Clinique Médicale	MONGES
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique obstétricale	VAYSSIÈRE
Clinique ophtalmologique	JAYLE
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	BREMOND
Clinique urologique	CHAUVIN
Histoire naturelle	N....
Histologie	ROMIEU
Hygiène générale et coloniale	VIOLE
Médecine légale	MOSINGER
Parasitologie	JOYEUX
Pathologie Chirurgicale	MOIROUD
Pharmacodynamie et Matière médicale	F. MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	MALMEJAC
Physique	CHEVALLIER
Thérapeutique	POINSO.
Professeur sans chaire	POURSINES

Chargé de cours

Clinique dermatologique **VIGNE**

Agrégés en exercice

MM. SAUTET
DUBOULOZ
BERTHIER
BALANSARD
BRAHIC
FIGARELLA
ARNOUX
CHOSSON

MM.
DELPHAUT
R. IMBERT
PAILLAS
AUDIER
DOR
RECORDIER
SALMON

Agrégés libres

MM. QUINTARET

PIERI

Chargés des fonctions d'agrégé

Chimie médicale **DERRIEN**

Chargés de Cours complémentaire

Anatomie descriptive et topographique	SALMON
Chimie minérale	ARNOUX
Clinique des maladies contagieuses	PERIOT
Médecine opératoire	DOR
Microbiologie	BOYER
Neuro-Chirurgie	ARNAUD
Obstétrique	CHOSSON
Pharmacodynamie aux Pharmaciens	DELPHAUT
Psychiatrie	ALLIEZ
Toxicologie	GUILLOT
Clinique stomatologique	ACHARD



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA FEMME

A MON PERE

(In memorian)

A MA GRAND'MERE

(In memorian)

A MA MERE

A MON FRERE

A MA BELLE-SOEUR

A Madame LANÇON

Témoignage bien faible de ma profonde affection.

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A Monsieur le Docteur MONGES

Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine de Marseille

Il nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre grande et respectueuse gratitude.

*A MESSIEURS LES MEMBRES DE NOTRE JURY
DE THESE*

A Monsieur le Docteur JUHEL

Médecin-Chef du Sanatorium des Escaldes

à qui nous sommes reconnaissants de
la bienveillante amitié qu'il nous a
donnée et des conseils qu'il ne cesse
de nous prodiguer.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE TOULON

Aux Docteurs MALARTIC, JEAN, JOURDAN

qui guidèrent mes premiers pas en
chirurgie.

Aux Docteurs MEIGE, LAURES, ALBERGNIE et DEMOUY

A Monsieur le Docteur DOUADY

*Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin-Chef du Sanatorium des Etudiants*

A Monsieur le Docteur COHEN

*ancien chef de Clinique de la Faculté de Paris
médecin directeur adjoint du Sanatorium des Etudiants*

qui nous orientèrent vers la phthisiologie et qui, par leurs conseils et leur bienveillant appui, nous apportèrent un grand réconfort en une période difficile de notre vie.

Nous sommes heureux de pouvoir, par ce modeste travail qu'ils ont inspiré et dirigé, leur exprimer un peu de notre profonde gratitude.

Avant-Propos

Depuis 1933, date de l'ouverture du Sanatorium des Etudiants de France, à Saint-Hilaire du Touvet, plus de 1.400 étudiants y ont passé quelques mois de leur vie à soigner une tuberculose pulmonaire. Quand on examine les dossiers de ces malades, on est surpris du nombre relativement élevé de ceux qui ont dû leur séjour forcé en altitude, malgré leur bonne santé apparente, à un examen systématique ou fortuit.

Leur nombre d'ailleurs va croissant avec les années du fait que les examens systématiques eux-mêmes tendent de plus en plus à être obligatoires dans le milieu étudiant.

Quelle est au juste la gravité des tuberculoses qui ont été ainsi décelées ? La question nous paraît de grande importance, car il semble exister un doute à ce sujet dans l'esprit du corps médical. On se demande si les examens systématiques, excellents dans leur principe, sont pleinement justifiés dans leurs résultats, et si l'on prend vraiment l'intérêt des malades en leur révélant l'existence de leurs lésions et en interrompant leur vie sociale ; en d'autres termes, si la tuberculose décelée par l'auscultation et par l'écran est une tuberculose vraiment évolutive à plus ou moins bref délai, ou, au contraire, un état pathologique en quelque sorte virtuel, destiné à rester silencieux, une de ces réinfections latentes ou abortives sur lesquelles M. Ameuille insiste depuis longtemps et que son élève Canetti a récemment étudiées dans une thèse remarquable.

Une étude d'ensemble de ces cas nous permettra de dissiper ce doute.

Notre travail comportera les chapitres suivants :

1°) Un premier chapitre dans lequel nous exposons succinctement les efforts faits jusqu'à ce jour pour dépister précocement la tuberculose pulmonaire par des examens systématiques.

2°) Un deuxième chapitre où nous rassemblons nos observations.

3°) Nous ferons dans un troisième chapitre l'étude comparative de l'évolution présentée par certaines tuberculoses dépistées par des examens systématiques ou fortuits, selon la conduite du médecin à la suite de ces examens.

4°) Nous terminerons en montrant l'intérêt que présente les examens systématiques lorsqu'ils sont suivis d'un traitement précoce.

Historique

Le dépistage systématique de la tuberculose par les examens radiologiques n'est pas d'acquisition récente, mais ce n'est que depuis quelques années qu'il tend à se généraliser.

Cette généralisation est liée aux progrès faits par la radiologie et à la facilité avec laquelle on peut faire des examens en série.

Bien qu'en 1897, deux médecins militaires, Kelsch et Boisson aient présenté à l'Académie de Médecine un mémoire sur « Le diagnostic précis des affectations tuberculeuses du thorax par la radioscopie », ce furent Bécclère et Salles en 1902, qui introduisirent en France la pratique des examens systématiques en passant derrière l'écran tout un bataillon de Chasseurs à Vincennes. Ils constatèrent alors que plusieurs sujets d'apparence saine présentaient des signes radiographiques de tuberculose.

En 1909, dans le service du Professeur Gosset, on soumet tous les sujets qui doivent subir une opération à l'examen radioscopique.

De 1914 à 1918, MM. Rist, Courcoux et Ledoux-Lebard mettent en pratique dans la 9^e région militaire l'examen radiologique systématique pour les recrues inaptes au service militaire et pour réviser certaines réformes temporaires.

En 1923, en Suisse, on examine systématiquement 2.000 soldats qu'une visite médicale avait déclarée sains. On fut surpris de découvrir parmi ceux-ci de véritables tuberculeux en évolution.

En 1925, Dèlhem et Thoyer-Rozat ouvrent le chemin à la radioscopie systématique scolaire en la pratiquant sur les candidates à l'Ecole d'Infirmières à la Salpêtrière.

En 1927, la méthode tend à se divulguer dans l'armée sous l'impulsion de Rieux et du Médecin-Commandant Sieur qui examinent toute la garnison à Paris ; mais ce n'est, en définitive, qu'en 1932 que la méthode sera étendue à tous les contingents.

A Munich, Kettentidt commence des examens radioscopiques en 1927. D'avril 1927 à avril 1929, il a examiné 13.650 étudiants dépistant ainsi 57 cas de tuberculose ouverte. D'avril 1929 à avril 1931, examen de 8.225 étudiants

avec 35 cas, et de 2.090 étudiants avec trois cas de tuberculose évolutive.

En 1928, Martin, inspecteur départemental d'hygiène, a fait un essai de radioscopie systématique dans les écoles primaires de l'Aisne. Chantegreil à Bordeaux, fit des essais analogues.

Dans les écoles militaires et dans l'armée depuis quelques années tous les contingents sont systématiquement radioscopés à leur arrivée. Cette mesure a permis d'éliminer nombre de tuberculeux pulmonaires que l'auscultation n'avait pas décelés.

En 1938, Rist et Bidou examinent derrière l'écran tous les élèves des lycées de Paris.

Mais on est toutefois obligé de constater que les milieux scolaires n'ont pas été favorisés dans ce sens. Nous reconnaissons d'ailleurs que la radioscopie à l'école ne va pas sans certaines difficultés. Mais des examens systématiques faits une fois par an et le plus près possible de la rentrée des classes, permettraient d'éliminer rapidement les éléments contagieux.

Résumé de nos Observations

Au lieu de disperser nos observations aux différentes étapes de notre travail, nous avons trouvé plus commode de les rassembler dans un seul chapitre, quitte à les évoquer ensuite une à une en rappelant seulement leur numéro d'ordre.

Nous avons rassemblé ces observations suivant la gravité de leur évolution et nous les avons divisées en deux grands groupes :

1°) Celles des étudiants qui n'ont tenu aucun compte de l'avertissement donné par les examens systématiques ou fortuits.

2°) Celles d'étudiants qui ont eu la sagesse de se soigner aussitôt l'alarme donnée.

Chacun de ces deux groupes se subdivisera à son tour suivant la gravité plus ou moins grande qu'ont présentée ces tuberculoses.

I. — Evolution de la tuberculose pulmonaire chez 19 étudiants qui n'ont tenu aucun compte de l'avertissement qui leur avait été donné par un examen systématique ou fortuit.

1°) Tuberculoses pulmonaires très graves :

OBSERVATION N° 1. — L... R..., 21 ans. Tuberculose découverte à la visite d'incorporation en octobre 1937, atteinte des deux sommets. Bacilloscopies positives.

Il ne tient aucun compte de cet avertissement et continue à mener une vie normale, quand, en septembre 1938, des signes évolutifs se dessinent, et on trouve une infiltration micronodulaire bilatérale.

Il entre au sanatorium en octobre 1938 avec un état général très touché ; il est maigre, pâle, son expectoration bacillifère est très abondante.

L'auscultation donne un petit foyer de râles à droite et à gauche des râles bulleux dissonnants.

La graphie montre une image micronodulaire généralisée ne respectant que les deux sommets où il existe des images ulcéreuses banales.

En novembre, apparaissent des douleurs laryngées gênant la déglutition.

Le malade quitte le sanatorium pour aller se soigner en plaine où il décède un mois après son arrivée.

OBSERVATION N° 2. — G... A... — A la suite d'un examen systématique, on découvre des condensations peu homogènes de la région axillaire droite.

Le malade ne tient aucun compte de cet avertissement quand en février 1936, une hémoptysie fébrile, associée à de l'anorexie et à de la fatigue, lui fait demander son admission au sanatorium.

A son entrée, le malade a maigri de 7 kilos, il présente un mauvais état général, mais ne tousse pas. Auscultation négative.

La radiographie montre néanmoins des condensations axillaires discrètes à forme vaguement annulaire, mais sans image de caverne.

Le malade est mis en observation. Un cobaye inoculé est négatif.

La cure sanatoriale est respectée, quand, en octobre 1936, après une petite hémoptysie désignée évolutive discrète, apparaît une image annulaire très mobile à la toux et visible en scopie.

Tentative infructueuse de pneumothorax. La fièvre monte aux environs de 40°, des troubles psychiques surviennent à ce moment, et on a, à la scopie, une image de lobite supérieure très sombre et escavée.

Le malade quitte le sanatorium pour continuer sa cure chez lui où il décède.

OBSERVATION N° 3. — A... C..., *étudiant en Droit*, à la Cité Universitaire. Découverte en 1935, lors d'un examen tout à fait fortuit à Paris, de condensations bilatérales siégeant aux sommets. Bacilloscopies positives.

Un repos relatif de cinq mois est pris par le malade, puis sans aucune surveillance médicale, il reprend une vie tout à fait normale.

Episode évolutif en juillet 1936 qui se termine par un séjour de deux mois à Passy, puis, reprise du travail quand, pendant l'hiver 1936-37, apparaît une laryngite avec ulcération des cordes vocales.

Le malade entre alors au sanatorium, le 3 juillet 1937, présentant une large ulcération du sommet droit et une infiltration plus discrète du sommet gauche.

En outre, ce malade présentait aussi une cordite bilatérale ulcérée, une otite tuberculeuse bilatérale, avec atteinte profonde de l'ouïe.

Aussitôt arrivé, on crée un pneumothorax droit, incomplet, permettant à la caverne de prendre des proportions importantes ; bilatéralisation ulcérée immédiate, et pneumothorax gauche en septembre 1937.

Deux sections de brides, faites en octobre 1937 pour le pneumothorax droit, et en novembre 1937, pour le pneumothorax gauche, donnent des deux côtés un collapsus total.

Le malade quitte le sanatorium pour continuer sa cure en plaine.

Il conserve sous les pneumothorax des images de cavernes, et décède dans le courant de l'année 1938.

OBSERVATION N° 4. — M... M... — En 1935, à la suite d'un examen systématique, on trouve des lésions pulmonaires que l'on qualifie alors de cicatricielles.

Le malade mène une vie active jusqu'à la mobilisation de 1939 où il est réformé.

Un tubage gastrique pratiqué alors, montre la présence de bacilles.

En attendant son admission au sanatorium, son état s'aggrave, et à son entrée en février 1940, l'état général est profondément touché. L'état pulmonaire est très grave et la radiographie montre des lésions broncho-pneumoniques généralisées. Une tuberculose intestinale certaine et une otite tuberculeuse gauche assombrissent le tableau.

Le malade, non sanatoriable, est évacué sur l'hôpital de Grenoble, où il décède peu après.

OBSERVATION N° 5. — P... J..., 27 ans 1/2. — Dépisté systématiquement au Val-de-Grâce en novembre 1934.

Il présentait une infiltration d'apparence cicatricielle du poumon gauche pour laquelle il se repose trois mois sans aucune surveillance médicale.

Il reprend sa vie normale jusqu'en mars 1935, date à laquelle il fait une hémoptysie importante au milieu d'un cortège bruyant de signes fonctionnels. Il entre au sanatorium le 1er avril 1935, dans un mauvais état général, et présente une image lacunaire très importante sous la clavicule gauche et une grosse infiltration para-hilaire droite.

Pendant son bref séjour au sanatorium, il fait deux larges hémoptysies fébriles et meurt au milieu de signes importants d'asphyxie et de défaillance cardiaque.

2°) Tuberculoses pulmonaires moins graves :

OBSERVATION N° 6. — B... R... — En mars 1935, après une visite systématique de médecine préventive, on découvre une atteinte du sommet gauche.

Il continue ses études, quand, en février 1936, après un nouvel examen systématique, le sommet gauche s'est creusé d'une géode et une infiltration sous-claviculaire est apparue à droite.

Bacilloscopies positives.

On crée en mai 1936 un pneumothorax gauche et la caverne s'efface.

Il reprend ses études en février 1937 ; le pneumothorax se symphyse très rapidement et la caverne réapparaît.

En février 1939, un premier temps de thoracoplastie est pratiqué.

Le malade quitte alors le sanatorium (mai 1939) pour continuer le traitement chirurgical en Alsace.

En février 1939, alors qu'il est chez lui, une pneumonie vient aggraver la situation. Depuis, aucune nouvelle et le décès est probable.

OBSERVATION N° 7. — R... A... — Après une radioscopie faite par précaution, on découvre, en mars 1937, quelques condensations sous-claviculaires droites et gauches.

En décembre 1938, après des troubles pulmonaires sérieux, marqués par de l'asthénie, des bacilloscopies positives, on ordonne un repos complet.

Le malade arrive au sanatorium en avril 1939, présentant un bon état général, mais avec une température décalée.

Il présente à l'auscultation, des râles bilatéraux et à la radiographie on note à droite une large caverne du sommet avec quelques condensations sous-claviculaires, et à gauche une infiltration étendue de la partie moyenne avec de petites cavernes axillaires.

- Pendant son séjour, on crée un pneumothorax droit le 15 avril 1939, qui est subtotal, avec un système adhérenciel retenant le lobe supérieur qui, électivement collabé, est presque tout entier occupé par une caverne.

Une pleuroscopie faite le 30 mai permet, avec difficulté, la libération totale du poumon.

Puis, en juin 1939, un pneumothorax gauche est créé qui donne un bon décollement et présente quelques adhérences qui sont toutes sectionnées le 17 août.

Progrès sérieux, nettoyage rapide et important des deux côtés, les bacilloscopies sont négatives et le malade quitte le sanatorium en présentant un très bon état général. Les radiographies prises au moment de son départ ne donnent plus que des ombres tout à fait homogènes des deux côtés. Le malade se porte très bien.

OBSERVATION N° 8. — M... C... — Sans aucuns signes cliniques on découvre, en février 1936, par un examen systématique (visite médicale pour l'éducation physique), une atteinte du sommet gauche.

Pas d'analyse de crachats.

Le malade mène une vie normale jusqu'en juin 1937 où, après ses examens, apparaissent de l'amaigrissement, de la toux, et de la dysphonie.

Une radiographie montre alors une large infiltration dans la partie moyenne du poumon droit, avec une caverne rétroclaviculaire.

Bacilloscopies positives.

A son entrée au sanatorium, le 28 juillet 1937, l'état général est médiocre, la température vespérale oscille autour de 38°, l'expectoration est abondante et contient des bacilles.

Un pneumothorax droit est créé en août 1937 donnant un collapsus total ; l'efficacité est rapide et les bacilles disparaissent de l'expectoration en octobre.

A signaler, une otite tuberculeuse très douloureuse en septembre 1937.

Le malade quitte le sanatorium en juin 1938 dans un très bon état général, l'expectoration est tarie et il ne présente plus à la radiographie qu'une petite zone sombre homogène sous le hile droit.

Il va très bien actuellement.

OBSERVATION N° 9. — B... A... — Après un examen systématique à la visite d'incorporation en mars 1939, on découvre des lésions du côté gauche.

Les bacilloscopies étant négatives, le malade reprend une vie absolument normale, quand, après un embarras gastrique, et une rhinopharyngite, le malade se fait faire une radiographie qui montre une infiltration de la presque totalité du poumon gauche, respectant seulement l'arrière-base avec des taches plus claires dans la région axillaire répondant vraisemblablement à une assez large perte de substance.

Le malade entre au sanatorium en octobre 1939, où un pneumothorax gauche est immédiatement créé. Il est partiel. Les brides sont sectionnées en juin 1940, et le sommet libéré.

On note pendant son séjour une pleurésie sous son pneumothorax, pleurésie sérofibrineuse sans B. K.

Le malade quitte le sanatorium en mars 1940 en très bon état général.

Actuellement va très bien.

OBSERVATION N° 10. — L..., élève des Arts Décoratifs. — A. son incorporation en décembre 1934, on note une légère anomalie du sommet gauche, mais on le garde malgré tout sous les drapeaux.

En juillet 1935, épisode grippal, et en octobre 1935 apparition de la fièvre et de signes pneumoniques. Bacilloscopies positives. Image radioscopique de lobite supérieure.

Un pneumothorax gauche est créé en novembre 1935. Il est total ; les bacilles disparaissent des crachats, le poids augmente de 7 kilos et à son entrée au sanatorium en janvier 1936, le malade présente un très bon état général, mais son expectoration est abondante et bacillifère.

Les signes d'auscultation sont nuls.

Pendant un an, il se soigne sérieusement au sanatorium. Les bacilles disparaissent et l'expectoration est arrêtée ; le moignon pulmonaire est presque nettoyé lorsqu'il quitte le sanatorium pour mener une vie plus active.

OBSERVATION N° 11. — L... J..., étudiant en Médecine. — En mars 1938, on découvre, à la suite d'un examen systématique pour entrer dans un Service de Tuberculeux, une légère atteinte du sommet droit.

Il n'en tient aucun compte et poursuit ses études.

En juin 1938, apparaît une lobite supérieure droite excavée. Bacilloscopies positives.

On crée un pneumothorax droit en juillet 1938 ; il entre au sanatorium en septembre 1938 où on complète le pneumothorax par une section d'adhérences.

Il part en septembre 1939, guéri.

Il est Interne à Hauteville et les nouvelles qu'il donne de sa santé sont bonnes.

OBSERVATION N° 12. — De G... C... — En 1933, lors de son incorporation, on découvre une légère opacité du sommet droit, ce qui ne l'empêche pas de faire son service militaire sans incidents.

En 1935, lors d'un examen pour obtention du brevet de pilote dans l'aviation, on découvre une atteinte bilatérale.

Six mois après, et alors qu'il mène une vie normale, apparaît une caverne du sommet gauche.

Il se repose chez lui. On lui fait de l'aurothérapie qui amène en deux mois la disparition de la caverne ; les poumons s'éclaircissent.

Mais quatre mois après, en juillet 1936, la caverne réapparaît et les bacilloscopies sont positives.

En janvier 1937, on crée un pneumothorax gauche.

Il entre au sanatorium des Etudiants de France en février

1938, et le quitte en avril 1939, complètement guéri, pour prendre un poste d'économe dans un sanatorium de Passy.

Nouvelles excellentes.

OBSERVATION N° 13. — M... R... — En 1922, il fait une pleurésie. A la suite d'un examen fortuit, en août 1938, on constate des calcifications des deux sommets. Le malade n'en tient pas compte. En septembre 1939, apparaissent de la fatigue, de la température et des hémoptysies.

Il entre au sanatorium en décembre 1939, présentant à l'auscultation quelques bulleux très fins à gauche, et la radiographie donne une image d'infiltration étendue des deux champs pulmonaires, sans caverne. Aux deux sommets existent des calcifications nombreuses et denses.

Il quitte le sanatorium après un séjour de 5 mois pour continuer à se soigner en plaine. A la fin de son séjour, on notait un éclaircissement global des taches pulmonaires, mais les signes d'auscultation persistaient.

Sans nouvelles de sa santé.

OBSERVATION N° 14. — G... J..., 21 ans, élève à l'Ecole Bréguet. — Fut examiné systématiquement à la radioscopie en 1933.

Il présentait alors de nombreuses condensations du sommet droit. Il continue à travailler et en 1934 à Pâques, il présente des signes évolutifs : température, sueurs, fatigue et amaigrissement.

A son entrée au sanatorium le 22 mai 1934, on note une infiltration micronodulaire des deux sommets avec de petites images cavitaires du côté droit.

Pendant son séjour au sanatorium, il fait une pleurésie séro-fibrineuse droite pour laquelle on crée une pneumoséreuse.

Après un an et demi de séjour au sanatorium, tout rentre dans l'ordre et il peut mener une vie presque normale jusqu'en 1940 où les nouvelles qu'il donne sont bonnes.

OBSERVATION N° 15. — C...-P... J..., 25 ans, étudiant en Médecine. — Dépisté en octobre 1935 à l'occasion d'une demande d'entrée dans l'aviation

On le découvre porteur de lésions à gauche. Malgré cet avertissement il continue ses études et à la suite d'un amaigrissement en juin 1936, une radiographie montre une extension des lésions et une atteinte du hile droit ; seule une petite hémoptysie en juillet 1936 le décide à se soigner.

A son entrée au sanatorium en juillet 1936, il présente une caverne du sommet gauche pour laquelle on crée un pneumothorax, et un hile droit très suspect. Bacilloscopies positives.

Il part en mars 1937 pour prendre un poste d'interne dans

un sanatorium. A droite, l'image radiographique est normale, à gauche le collapsus est très satisfaisant.

Bonnes nouvelles.

OBSERVATION N° 16. — B... J... — En janvier 1939, un examen systématique montre des signes atténués du sommet droit. Bacilloscopies négatives.

Il reprend son service après trois mois de repos.

En novembre 1939, une hémoptysie fébrile importante se déclare qui est attribuée à une cause pharyngée, la radiographie étant normale.

Il fait la guerre ; fait prisonnier, il est hospitalisé. On lui crée alors un pneumothorax droit en octobre 1940, aussitôt compliqué de pleurésie.

Pendant son séjour au sanatorium de décembre 1940 à avril 1941, les bacilloscopies sont positives; et si à droite on note des condensations irrégulières sans image cavitaire, sous un pneumothorax, bien décollé, on note par contre à gauche, des taches fines et nombreuses disséminées dans tout le poumon.

Part pour se soigner selon sa fantaisie.

OBSERVATION N° 17. — C... P..., 21 ans. — En décembre 1938, un examen systématique suivi d'une radiographie, montre une petite tache sous-claviculaire gauche avec un sommet légèrement infiltré, et à droite un nodule calcifié dans le lobe inférieur avec une opacité non homogène du sommet.

Il est autorisé malgré cela à continuer ses études ; en juin 1939, un nouvel examen systématique montre en plus des images précédentes, une caverne rétro-claviculaire droite. Bacilloscopies positives.

Entre au sanatorium en octobre 1939, où les tentatives de pneumothorax droit étant infructueuses, et la cure simple insuffisante, une thoracoplastie est commencée en septembre 1941.

Résultats excellents.

OBSERVATION N° 18. — De M..., *étudiant en Droit*. — En 1932, au conseil de révision, on note des condensations non homogènes à droite qui entraînent une réforme temporaire.

Il continue à travailler et un an après à la suite de soucis et de surmenage, il se met à maigrir.

Il se fait examiner à nouveau et on trouve alors des condensations importantes du tiers supérieur du poumon.

Il entre au sanatorium en mai 1933 ; on crée un pneumothorax qui amène un excellent collapsus, et ce n'est qu'au cours du traitement qu'on met en évidence des bacilles dans l'expectoration.

Il quitte le sanatorium en juillet 1936, complètement guéri.
Va bien.

OBSERVATION N° 19. — V... R..., étudiant à l'École Supérieure de Commerce de Paris. — A l'incorporation, en octobre 1934, découverte d'une grisaille des deux sommets.

Il continue son service militaire.

Une seule inoculation au cobaye est positive.

En novembre 1935, il entre au sanatorium et ne présente qu'une légère opacité des deux sommets.

Il part en mai 1936, avec une image pulmonaire subnormale.

II. — Evolution de la tuberculose pulmonaire chez 129 étudiants qui se sont soignés aussitôt l'avertissement donné par les examens systématiques ou fortuits.

1°) Tuberculoses pulmonaires très graves :

OBSERVATION 20. — G... R..., 25 ans, Interne des Hôpitaux. — Fut dépisté à la visite d'incorporation en mai 1936.

Il présente une spélonque sous-claviculaire droite, de petit volume, avec une légère infiltration de voisinage.

On note un peu d'asthénie et un certain degré de pâleur.

L'expectoration étant bacillifère, on crée un pneumothorax droit le 20 avril 1936.

Très bon décollement avec quelques adhérences rétroclaviculaires. Pneumothorax très bien supporté, légère reprise de poids, expectoration tarie.

Le malade quitte le sanatorium après dix mois de séjour.

A ce moment, la radiographie montre un nettoyage presque complet du poumon droit, mais on note tout de même la persistance de quelques travées très discrètes au niveau du hile, quelques gouttes de liquide dans le fond du cul de sac. Poumon gauche normal.

Alors que le malade avait repris une activité très réduite, une pleurésie sérofibrineuse se déclare en décembre 1938, qui devient purulente, et le malade décède en octobre 1939, malgré les soins dévoués dont il est entouré.

OBSERVATION N° 21. — B... G... — Assez bon état général à l'entrée en mai 1938. Bacilloscopies positives.

L'auscultation donne de gros bulleux au sommet gauche.

La radiographie montre à gauche une infiltration dense de la moitié supérieure du poumon gauche avec plusieurs cavernes et une infiltration bien plus discrète à droite, avec image suspecte derrière la clavicule.

Un pneumothorax gauche est créé en avril 1938, donnant un décollement incomplet. Il existe alors une suspension apicale complète et importante.

Les bacilles réapparaissant dans les crachats, il est pratiqué une section partielle d'adhérences en octobre 1938. Suites opératoires normales quand, au quatrième jour, une perforation brusque et grave se produit. Pleurésie avec liquide clair qui devient de plus en plus puriforme. Ce liquide contient des bacilles.

En octobre 1938, les lésions du côté droit s'accroissent légèrement, mais on ne trouve des signes d'auscultation qu'en février 1939.

Sur les clichés, une cavité très nette est visible dans le sommet droit. Le poumon gauche étant trop collabé, le pneumothorax droit ne peut être tenté.

Le malade quitte l'Etablissement, pour rentrer dans sa famille. Il y décède à la fin de l'année des suites évolutives de sa tuberculose pulmonaire associées à une tuberculose intestinale.

OBSERVATION N° 22. — V..., 20 ans. — Entré dans le Service du Dr Clovis Vincent pour une paraplégie, une radiographie systématique décèle une bacillose torpide « condensations non homogènes des deux sommets », et deux mois après, en avril 1934, il fait une hémoptysie fébrile pour laquelle on institue un pneumothorax gauche.

Lorsqu'il entre au sanatorium en juin 1934, il présente un assez mauvais état général et des lésions assez étendues à droite.

L'état général s'améliore néanmoins de façon passagère, mais il meurt de péritonite aiguë à la suite d'une perforation intestinale d'origine tuberculeuse.

OBSERVATION N° 23. — L..., 25, ans, *étudiant*. — Il entre au sanatorium en mai 1934 pour des lésions bilatérales excavées, découvertes fortuitement à la suite d'un examen radiologique. Expectoration bacillifère.

Un pneumothorax droit est institué, rapidement accompagné d'une pleurésie fébrile assez importante.

En avril, une pleuroscopie fait découvrir de trop grosses adhérences pour être sectionnées.

Une radiographie montre que les lésions du côté gauche, loin de se cicatriser, ne font que s'étendre ; aussi crée-t-on un pneumothorax gauche, d'ailleurs mal toléré, qui ne donne aucun résultat et le malade meurt en juillet 1935.

OBSERVATION N° 24. — P..., 21 ans, *Etudiant en Lettres*. — A toujours eu une santé délicate dans son enfance, mais il n'a fait aucune maladie grave.

En mars 1933, on l'examine par hasard à l'écran et l'on découvre des lésions qui sont confirmées par une radiographie : lésions bilatérales surtout droites des 2/3 supérieurs du poumon où l'on distingue une dissémination diffuse de condensations non homogènes donnant un aspect micronodulaire. A gauche, quelques condensations très légères du sommet. L'expectoration est bacillifère.

Il fait un séjour de six mois au sanatorium pendant lequel il ne présente aucune manifestation évolutive.

On lui fait très prudemment des sels d'or et du calcium, aucun traitement local.

L'évolution se montre extrêmement torpide et en fin de séjour l'expectoration ne contient plus de bacilles et l'état général est excellent.

A la suite des fatigues causées par l'exode, le malade fait une évolution très grave qui amène sa mort au début de 1940.

OBSERVATION N° 25. — C... A..., 22 ans, *Etudiant en médecine*. — Il avait toujours eu une santé solide et on ne trouvait chez lui ni signes fonctionnels, ni signes généraux.

La recherche des antécédents, tant personnels que familiaux ne montrait aucune bacillose.

Cependant, examiné systématiquement dans le service où il est stagiaire, on le découvre porteur d'une caverne sous-claviculaire gauche, située dans une zone de très légères condensations. Il ne crache et ne tousse pas.

Il entre au sanatorium en janvier 1934.

Devant l'état général floride et les diverses tentatives de mise en évidence du bacille qui demeurent infructueuses, on attend avant d'instituer un traitement.

Très rapidement, on constate un effacement complet de la caverne et la restitution presque intégrale du parenchyme pulmonaire ; seule persiste une infiltration du sommet.

Il quitte le sanatorium après un séjour de six mois pour continuer à se soigner dans sa famille.

Son décès nous est annoncé 2 ans après son départ.

OBSERVATION N° 26. — Granulie découverte par examen systématique en décembre 1939 chez une Sévrienne surmenée.

A son entrée, cette malade, d'un état général très touché, présente une infiltration excavée sous-claviculaire gauche, et des taches étendues à toute la partie moyenne droite.

Quelques jours après son arrivée, les lésions s'accroissent d'une façon sérieuse, et un pneumothorax gauche est créé qui se montre d'une inefficacité complète.

La malade, à la suite d'hémoptyxies répétées, décède en avril 1940.

OBSERVATION N° 27. — G... J..., *Etudiant en Droit*, 22 ans. — En septembre 1934, sans aucun trouble, un examen médical est fait pour une perte de poids qui fait découvrir des condensations du lobe supérieur droit.

Il se soigne en montagné et l'image pulmonaire se nettoie.

En mars 1937, épisode grippal, avec diarrhée persistante et apparition d'une lobite supérieure droite.

Tentatives de pneumothorax droit infructueuses.

A son entrée, ce malade a un état général médiocre, il ne pèse que 54 kilogs pour une taille de 1 m. 82. Il présente des troubles digestifs atténués.

Les bacilloscopies successives et l'auscultation se montrent toujours négatives.

La radiographie nous montre par contre une infiltration du tiers supérieur avec des images peu homogènes à droite, et à gauche quelques condensations discrètes entre le hile et la clavicule.

Pendant les deux premiers mois de son séjour au sanatorium, son état général s'améliore, mais en janvier 1938 les troubles digestifs s'accroissent, la fièvre remonte et à la radiographie, les ombres sous-claviculaires droites sont plus marquées et les ombres axillaires gauches augmentent de façon très nette.

Phrénicectomie droite le 20 mars.

Au début d'avril, le malade quitte le sanatorium pour continuer sa cure en Suisse.

Nous avons appris sa mort en février 1940.

OBSERVATION N° 28. — K... B..., *Etudiant en médecine*, 25 ans. — A la suite d'une radioscopie fortuite, on découvre deux taches minimes à la base droite, mars 1938.

Il continue doucement ses études sous surveillance médicale.

En janvier 1939, il a une hémoptyxie fébrile. Une radiographie faite aussitôt montre une infiltration dans la partie moyenne du poumon droit.

Expectoration nulle mais recherche de bacilles dans les selles, positive.

Création d'un pneumothorax droit en janvier 1939 ; décollement total.

A son arrivée au sanatorium l'état général est atteint, l'expectoration minime est négative.

La radiographie montre un poumon droit complètement libéré avec des ombres denses étendues non seulement à la partie supérieure, mais aussi à la partie inférieure ; pas de caverne.

Après un mois de séjour, une pleurésie sérofibrineuse apparaît ; liquide clair contenant quelques rares bacilles.

Le malade quitte le sanatorium en novembre pour continuer sa cure dans le midi ; l'état général est très bon.

Au moment de l'invasion, il se trouve chez ses parents sur les bords de la Loire. Pendant l'exode, bilatérisation et perforation. Il retourne au sanatorium pour y décéder en avril 1941.

OBSERVATION N° 29. — C... P..., *Etudiant en médecine*. — A la suite d'un examen systématique en mars 1938, on découvre des lésions discrètes.

Une radiographie faite aussitôt montre une infiltration du sommet droit avec aspect peu homogène.

Les tomographies n'indiquent aucune caverne.

A son entrée, l'état général est bon, les lésions restent stationnaires. Il est mis en observation.

Une céphalée tenace apparaît 5 jours après son arrivée et le malade décède le 1^{er} mai 1938 d'une méningite tuberculeuse.

OBSERVATION N° 30. — D... A... — Longue histoire de tuberculose bilatérale évoluant malgré tous les traitements.

Découverte par examen systématique en 1929. Il présentait à cette époque une caverne droite, et de toutes petites condensations à gauche.

Pneumothorax droit créé en 1930, abandonné 9 mois après, car inefficace.

Phrénicectomie droite en 1931.

Aurothérapie en 1932.

Tuberculinothérapie et héliothérapie successives.

En 1932, la caverne gauche traitée par pneumothorax, est adhérente au sommet.

En 1934, appendicite avec péritonite opérée. Après de nombreuses cures sanatoriales, le malade entre alors au sanatorium des Etudiants en mai 1939, dans un très mauvais état général : les deux sommets sont excavés et des troubles intestinaux faisant penser à une tuberculose intestinale viennent assombrir le tableau.

Ce malade non sanatoriable est renvoyé dans sa famille où il décède peu après.

OBSERVATION N° 31. — D... H., *Etudiant en médecine*, 25 ans. — Réformé à la visite d'incorporation de l'Ecole de Santé de Lyon, où l'on découvre à la scopie des signes bilatéraux associés à une expectoration bacillifère.

Il entre au sanatorium en novembre 1936, en présentant une infiltration micronodulaire étendue aux deux champs pulmonaires.

Il est mis en observations jusqu'en février 1937, moment où apparaît nettement une caverne apicale gauche.

Un pneumothorax gauche est créé donnant un décollement très partiel avec un sommet adhérent, mais l'image radiographique malgré tout, se nettoie et les bacilles disparaissent de l'expectoration.

Le malade quitte le sanatorium en décembre 1937 en très bon état général, ne présentant plus sur les dernières radiographies qu'une exagération généralisée de la trame avec quelques images en mailles de filet.

Il continue sa cure tout en assurant un service d'Interne dans un sanatorium des Alpes.

Il décède malgré tout en 1940 d'une tuberculose rénale.

2°) *Tuberculoses sérieuses :*

OBSERVATION N° 32. — D... J..., 28 ans. — Refusé en octobre 1935, à l'entrée de l'Ecole Annexe de Santé Navale de Rochefort pour des condensations du sommet droit à topographie lobaire sans image lacunaire. Pas de bacilles dans l'expectoration.

Entre au sanatorium le 29 octobre 1935 et est mis en observation. Les lésions ne regressant pas, on crée en mai 1936, un pneumothorax droit (pneumothorax total avec une grosse adhérence du sommet) ; aussitôt on a une bonne amélioration locale concordant avec l'auscultation ; l'examen des crachats fut toujours négatif.

Il quitte le sanatorium le 14 novembre 1936 pour continuer à se reposer en cure libre, quand, un mois après son départ, le malade a une hématurie qui l'oblige à se reposer davantage et à reprendre en octobre 1937 ses études de médecine à Lyon de façon très prudente.

Il se fait suivre médicalement et radiologiquement, et en février 1938, la radioscopie montre l'apparition de condensations gauches ; les bacilles apparaissent alors dans les crachats.

Il revient de nouveau au sanatorium, le 9 juin 1938 ; son état général est très touché : perte de 7 kilos et fatigue très marquée à l'effort.

A la radiographie, on note à droite, dans le pneumothorax, des taches homogènes, et à la base, une ombre assez dense attribuée à un dépôt fibrineux. A gauche, des infiltrations étendues à la région sous-claviculaire avec de nombreuses petites cavernes.

Bacilloscopies positives. Pneumothorax créé en juin 1938 ; décollement subtotal avec des adhérences apicales.

Le malade quitte alors le sanatorium en août 1939 ayant repris 5 kilos, ne crachant plus du tout, et on ne note aucun

changement à droite à la radiographie. Par contre, le nettoyage à gauche est appréciable, malgré la persistance de quelques condensations floues.

Il prend un poste d'interne dans un petit sanatorium des Pyrénées, et malgré le travail peu fatigant, il est obligé de garder le lit à la suite de complications rénales, pronostic très grave. Son décès est à envisager.

OBSERVATION N° 33. — G... M..., 25 ans. Refusé en juin 1934 à la visite médicale avant le concours d'entrée à l'Ecole Navale pour une atteinte du sommet droit, d'aspect scléreux, il passe alors un an en Savoie à se reposer.

Il engraisse, son expectoration ne contient aucun bacille.

Il reprend ses études en octobre 1935, quand, en février 1936, après un épisode à forme grippale (température élevée pendant 15 jours), l'expectoration devient bacillaire. On fait une radiographie qui montre une atteinte du poumon gauche.

A son entrée au sanatorium en avril 1936, l'état général est médiocre, légère température vespérale, fatigue assez marquée, mais on ne décèle pas de bacilles dans l'expectoration.

On trouve, à l'auscultation, des râles consonnants à la partie moyenne du poumon gauche.

Par contre, la radiographie montre à gauche une infiltration dans l'ensemble assez homogène, à la partie moyenne du poumon, et à droite, des condensations du sommet et de la région parahilaire.

On crée, le 27 avril 1936, un pneumothorax gauche total, très bien toléré et d'efficacité rapide. Reprise de poids ; le moignon pulmonaire se nettoie rapidement.

Le 14 juillet apparaît une pleurésie avec température persistante pendant trois semaines ; liquide ponctionné le 3 août 1936, clair, disparaissant en novembre. A cette date et en octobre, les crachats furent bacillifères, puis le furent alternativement jusqu'en avril 1937 où les bacilles disparurent.

En décembre 1936, nouvelle poussée thermique et réapparition de liquide, mais cette fois il contient des bacilles qui disparaissent encore en septembre 1937.

A sa sortie en novembre 1937, l'état général est bon ; il ne crache plus, n'a plus de bacilles dans les crachats et l'auscultation est normale.

A la radiographie, on trouve à gauche un collapsus restant excellent, bien qu'il existe une petite symphyse de la base et une lame d'accolement de type Cardis. A droite, éclaircissement total du sommet avec persistance, malgré tout, de quelques travées sombres sous la clavicule.

Il commence alors sa médecine à Grenoble. Après ses examens de juillet 1938, il présente une expectoration accrue et bacillifère, il continue à travailler modérément quand, en juillet 1939, il fait une hémoptysie fébrile avec augmentation du liquide à gauche.

Il retourne au sanatorium en octobre 1939.

A ce moment-là le malade est amaigri, pâle, fatiguable, il tousse et il crache ; des tomographies faites en décembre 1939 montrent que l'expectoration bacillifère semble provenir d'un foyer rétroclaviculaire droit.

En janvier 1940, création d'un pneumothorax droit total ; les bacilles disparaissent, mais le liquide à gauche est purulent.

Il quitte le sanatorium en septembre 1940 pour rester à Grenoble à continuer sa médecine, et à la suite d'une mauvaise alimentation et d'un travail assez fatigant, il fait une vomique le 5 juillet 1941 et retourne au sanatorium en juillet 1941.

Pronostic grave, car le sujet est peu résistant.

OBSERVATION N° 34. — M... S..., 26 ans, *Etudiante en Lettres*. — En mars 1934, lors de la visite médicale en vue de la préparation au concours de l'agrégation on découvre des signes d'auscultation.

Une radiographie montre 9 lésions bilatérales avec à gauche une cavité rétro-claviculaire.

A son entrée au sanatorium en septembre 1939, l'expectoration est rare et négative. La radiographie montre une caverne derrière chaque clavicule.

Les tentatives de pneumothorax gauche et droit échouent.

La caverne droite s'élargit ; on procède en mai 1940 à une alcoolisation du phrénique suivie en juillet d'un pneumopéritoine.

L'expectoration se révèle alors bacillifère.

Une double thoracoplastie est faite qui amène la guérison. Malade en post-cure.

OBSERVATION N° 35. — L... P... — A l'examen d'entrée à l'Ecole Normale d'Instituteurs en octobre 1937, on découvre une grosse opacité de la base droite ; bacilloscopies positives.

De décembre 1937 en août 1938, cure sanatoriale suivie de repos.

Entré au Sanatorium des Etudiants en janvier 1939 ; l'examen clinique et radiologique semble confirmer le diagnostic de pleurésie droite avec participation pulmonaire.

En mars 1939, après un violent point de côté accompagné de température, on note à la radioscopie un pneumothorax spontané total à droite. Il semble s'être agi d'atelectasie avec perforation,

compliquée de pleurésie séro-fibrineuse dont le liquide contient des bacilles.

Les petites condensations du sommet gauche qu'on notait à son entrée s'accroissent considérablement.

En mai 1939, il part se soigner en plaine, présentant à gauche une infiltration très dense de la moitié inférieure du lobe supérieur, avec au centre un début d'ulcération ; à droite, la quantité de liquide est moyenne, la base est symphysée et le sommet est clair.

N'a pas donné de ses nouvelles.

OBSERVATION N° 36. — M... P..., 25 ans, *Etudiant en Médecine*. — Se fait radioscoper fortuitement en décembre 1938. On trouve une infiltration de la moitié supérieure du poumon droit, avec image cavitairé. Baciloscopies positives. On crée un pneumothorax droit, subtotal.

Il entre au sanatorium en mars 1939 ; malade de constitution athlétique. Après une pleurésie survenue à la suite d'une section d'adhérences en mai 1939, une infiltration du sommet gauche apparaît.

Une thoracoplastie supérieure gauche de Semb est faite en mars 1941.

Les bacilles persistant dans les crachats, on fait une alcoolisation du phrénique droit en juillet 1941.

Un pneumo péritoine est ensuite institué en septembre 1941.

Malade encore en traitement.

OBSERVATION N° 37. — R... M..., 31 ans. — L'examen systématique en 1930, après le décès d'une de ses sœurs, donne une infiltration discrète du sommet gauche. Elle travaille alors modérément sous surveillance médicale.

En 1934, traitement aurique bien supporté.

En décembre 1935, après une grippe, évolution du côté droit. Baciloscopies positives. Cure à Leysin. Disparition des bacilles.

En février 1937, évolution très nette à gauche ; baciloscopies positives ; le sommet est excavé, tentative de pneumothorax gauche infructueuse.

Jusqu'à son entrée au sanatorium en décembre 1939, les lésions du sommet gauche évoluent. Par contre, il ne reste que quelques petites calcifications au sommet droit.

Une thoracoplastie gauche portant sur 6 côtes est faite en mai-juin 1939 qui donne un bon résultat.

1000

OBSERVATION N° 38. — B... J..., 28 ans. — A l'examen systématique de l'Ecole de Saumur en mars 1939, on découvre une infiltration du sommet droit. On crée un pneumothorax aussitôt. Bacil-

ioscopies positives. En novembre 1939, à son entrée au sanatorium, l'état général est bon. A l'auscultation, bulleux au dessus de la clavicule droite. La radiographie donne une image de pneumothorax droit incomplet respectant le sommet où on remarque une caverne. On pratique une thoracoplastie avec apicolyse de Semb. Après le 3^e temps, une image de fente cavitaire persiste dans le sommet droit collabé et les bacilloscopies sont toujours positives. Tuberculose grave malgré les signes très discrets que l'examen systématique avait décelés.

OBSERVATION N° 39. — C... L..., étudiant en Médecine. — Tuberculose découverte en février 1934 à l'examen systématique pour l'entrée à l'Ecole Annexe de Santé Navale de Rochefort, avec condensations du sommet droit.

Les examens de crachats, les inoculations de cobayes sont toujours négatifs.

Les études sont poursuivies sous surveillance médicale.

En juillet 1935, quelques crachats hémoptoïques, un amaigrissement progressif, signent une poussée évolutive bilatérale, confirmée par les films.

Le malade entre au sanatorium en novembre 1935, présentant un assez bon état général.

Il ne crache pas, et l'auscultation est absolument normale, quoique les films pris à son entrée montrent malgré tout une aggravation très nette des lésions sur celles de juillet 1935.

On note alors à gauche des condensations non homogènes du sommet et de la région sous-claviculaire et à droite, une infiltration périscissurale sans caverne nette.

Quelques jours après son arrivée, il fait une hémoptysie de moyenne importance et les analyses de crachats sont constamment négatives.

Malgré une cure sérieuse, les lésions s'accroissant, on crée en juillet 1936, un pneumothorax gauche. Une perte de substance est nettement visible dans le moignon apical, et l'électivité de ce pneumothorax est bonne. En septembre 1936, une caverne sous-claviculaire droite apparaît, et en novembre 1936, première bacilloscopie positive.

On crée alors en décembre 1936, un pneumothorax droit. L'efficacité est rapide, le poumon s'éclaircit beaucoup.

En janvier 1937, apparition d'un zona intercostal, suivi d'une petite poussée liquidienne.

Le malade quitte le sanatorium en août 1937, porteur d'un double pneumothorax efficace. Il ne persiste plus que quelques travées à droite, et une petite tache sous la clavicule gauche.

En 1942, les nouvelles de sa santé sont bonnes, et il travaille sans fatigue.

OBSERVATION N° 40. — B... J..., *étudiant aux Beaux-Arts*. — Est découvert fortuitement lors d'un examen systématique d'incorporation en octobre 1936.

Il présente alors une infiltration du sommet gauche et des traverses sombres intercléido-hilaires, avec une expectoration bacillifère.

Il y avait eu quelques mois auparavant un surmenage excessif accompagné d'amaigrissement, de fatigue et de toux. Hospitalisé chez le Professeur Sergent, on lui fait un pneumothorax bien supporté et sans incidents.

A son entrée au sanatorium en janvier 1937, il présente un bon état général, un bon pneumothorax, mais une expectoration toujours bacillifère.

Deux mois après, il fait un clocher fébrile à 39° et la radiographie montre une dissémination du côté droit.

Un pneumothorax droit est institué en avril 1937, il est bien supporté.

Il quitte le sanatorium en mai 1938.

L'état général reste bon et il mène actuellement une vie tout à fait normale.

OBSERVATION N° 41. — P... L..., 27 ans, *étudiant en Médecine*. — A un examen systématique, après quelques mois de stage dans un service de tuberculeux, on découvre une infiltration du sommet droit excavée. Bacilloscopies positives.

Il entre au sanatorium en janvier 1937. Pneumothorax impossible.

On pratique successivement en février 1938, une alcoolisation du phénique qui ne donne aucun résultat, une thoracoplastie avec apicolyse de Semb en août 1938.

Actuellement, il est interne dans un sanatorium du centre de la France et va très bien.

OBSERVATION N° 42. — R... A..., 21 ans, *étudiante*. — Entre le 12 avril 1934 au Sanatorium des Etudiants après avoir été dépistée quelques mois auparavant.

Elle présentait alors des condensations du sommet gauche et une caverne du sommet droit, expectoration nulle. Ce ne fut que deux mois après son entrée au sanatorium que l'expectoration se montra bacillifère.

Elle part un an après son arrivée, non guérie, n'ayant suivi comme traitement que celui de la cure simple.

Aucune nouvelle depuis 1938.

OBSERVATION N° 43. — Q... J..., *étudiant en Droit*. — A l'examen d'incorporation, on découvre quelques condensations du lobe supérieur droit sans condensations.

Il entre au sanatorium six mois après, en mai 1934 ; les bacilloscopies sont positives. Le pneumothorax est impossible.

La cure simple n'amène aucun nettoyage. Il quitte le sanatorium non amélioré.

On n'a pas de nouvelles de lui.

OBSERVATION N° 44. — G... Y... — Le 14 octobre 1936, il fut dépisté fortuitement à la Cité Universitaire à Paris.

Il présentait des lésions bilatérales importantes.

A son entrée au sanatorium en novembre, on note une lobite supérieure gauche excavée, et une infiltration assez accentuée gauche.

En décembre 1936, on crée un pneumothorax droit, toute tentative à gauche demeurant infructueuse.

L'expectoration bacillifère au début devient négative en janvier 1937. L'état général s'améliore.

Il persiste néanmoins de nombreuses adhérences apicales à droite. Un éclaircissement très net est noté.

A gauche, la région péricissurale s'éclaircit également.

Est actuellement Médecin-Inspecteur d'Hygiène sur la Côte d'Azur.

OBSERVATION N° 45. — P... M... — A la suite d'un examen systématique passé le 31 août 1938, des lésions bilatérales excavées sont découvertes. Il se repose dans sa famille et un mois après, les cavernes persistant malgré des bacilloscopies négatives, le malade demande à entrer au sanatorium.

A son entrée, l'état général est bon.

A l'auscultation, on entend quelques bulleux fins sous la clavicule droite, et la radiographie nous montre une grande excavation du sommet droit et une petite caverne à l'extrême sommet gauche.

Bacilloscopies positives.

A un mois d'intervalle, un double pneumothorax est créé et les résultats sont immédiatement excellents, les images cavitaires diminuent sur chaque film pour ne laisser que de petites images de condensations très discrètes et homogènes.

Les bacilloscopies deviennent négatives après le mois de mars 1939, mais les signes d'auscultation ne disparaissent que vers la fin du séjour.

Le malade quitte le sanatorium en bon état, et les nouvelles reçues sont très bonnes.

OBSERVATION N° 46. — C... P..., *étudiant*. — On découvre à l'examen systématique, en novembre 1939, des lésions bilatérales. Bacilloscopies positives.

Le malade se repose jusqu'à son entrée au sanatorium où il se présente dans un assez bon état général, avec une température normale, une expectoration rare.

On note à l'auscultation des râles fins aux deux sommets et la radiographie donne des marbrures bilatérales occupant les régions sus et sous claviculaires.

Le malade est mis en observation et des tomographies donnent à gauche un groupe de petites cavernes apicales, et à droite, une image suspecte moins marquée.

Un pneumothorax gauche est créé en juin 1939, il est subtotal avec une suspension apicale interne ; les résultats sont satisfaisants et le nettoyage du sommet gauche se poursuit ; l'expectoration est tarie.

Le malade quitte le sanatorium dans un bon état général avec bacilloscopies négatives et il ne présente plus à la radiographie que quelques condensations homogènes dans le sommet gauche.

A droite, l'image est peu modifiée. Il continue sa cure en Charente ; il travaille et va très bien.

OBSERVATION N° 47. — W... M... — A l'examen radioscopique des élèves des Beaux-Arts à Paris, on lui découvre en 1939, des lésions bilatérales.

A son entrée au sanatorium, l'état général est médiocre. Le malade a maigri. Bacilloscopies positives.

A l'auscultation, on note des bulleux aux deux sommets, surtout à gauche.

La radiographie donne une infiltration dense bilatérale et étendue, respectant seulement les deux bases, avec image en mie de pain dans les deux régions sous-claviculaires.

Après un repos strict au lit, l'expectoration diminue énormément ; et on note avec une reprise de poids, un léger éclaircissement à la radioscopie.

Le malade quitte le sanatorium pour aller continuer sa cure à Hauteville. Il est revu en 1941, on note un nettoyage très marqué des deux-poumons ; l'auscultation ne donne alors que quelques râles secs dans la fosse sous-épineuse gauche.

OBSERVATION N° 48. — V... B..., 24 ans, *étudiant*. — Après un examen systématique pour un poste de surveillant d'internat à l'Ecole Nationale Professionnelle de Creil, le malade est trouvé normal, et, à l'examen systématique d'incorporation il est réformé temporaire.

Le malade, entre temps, avait des rhumes fréquents, et on note un amaigrissement de 2 kgs.

A son entrée au sanatorium, l'état général est assez bon, l'auscultation négative, les bacilloscopies positives.

La radiographie donne une infiltration limitée de la région axillaire gauche, avec excavation probable. A droite, au sommet, des taches et travées d'aspect homogènes.

On crée, à 5 mois d'intervalle, un pneumothorax gauche et un pneumothorax droit.

Le pneumothorax droit a été créé en raison d'une *ombre cavitaires* révélée par la tomographie en mars 1940.

L'efficacité est bonne, le nettoyage local est satisfaisant. Les bacilles disparaissent, mais on note une persistance d'ombres au sommet droit. Création pour cette raison, d'un second pneumothorax qui, malgré une large adhérence apicale, amène une amélioration sensible.

Le malade va très bien, est en voie de guérison complète.

OBSERVATION N° 49. — J... P... — En décembre 1938, on note une infiltration du sommet droit avec une petite caverne. Bacilloscopies positives.

On crée un pneumothorax droit en janvier 1939. Ce pneumothorax présente des adhérences assez importantes du sommet ; section d'une grande partie le 29 mars. Suites normales.

Le malade entre au sanatorium présentant un assez bon état général.

Le sommet droit réduit est très sombre et plaqué contre le médiastin.

Pendant son séjour, une grippe banale déclenche une pleurésie gauche puis le liquide se résorbe partiellement ; l'état général fait des progrès ; les bacilles disparaissent des crachats.

Le malade quitte le sanatorium en octobre 1939 pour se retirer à Grasse dans de très bonnes conditions. Va bien.

OBSERVATION N° 50. — L... P... — Granulie découverte chez un Interne des Hôpitaux de Lyon.

En 1932, à l'examen d'entrée à l'Ecole de Santé Militaire de Lyon, on note des lésions sous-claviculaires droites, étiquetées cortico-pleurites.

En 1936, après une grippe, on remarque une certaine accentuation des ombres droites et quelques signes radiographiques apparaissent à gauche.

En 1938, après une perte de poids de 5 kgs, une fistule anale apparaît sans abcès.

Le 1^{er} février 1939, une petite hémoptysie se produit et persiste pendant quelques jours. On note à ce moment-là une infiltration micronodulaire bilatérale étendue.

A son entrée, l'état général est bon, la température normale, l'expectoration nulle. On note à l'auscultation un souffle sous-claviculaire droit sans adventices. La radiographie montre dans la moitié supérieure du champ pulmonaire, des condensations petites et serrées plus accentuées à droite. Le diaphragme droit est aplati et régulier.

Les différents examens bactériologiques sont toujours négatifs.

A la sortie du sanatorium, le nettoyage pulmonaire est appréciable, surtout à droite.

Le malade prend un poste d'interne à Hauteville, et maintenant fait de la médecine active à Marseille.

OBSERVATION N° 51. — C... A..., *étudiant en Lettres*. — En février 1933, il est découvert porteur de lésions discrètes des deux sommets ; expectoration non bacillifère.

Fait un séjour de dix mois au sanatorium pendant lequel les ombres pathologiques s'éclaircissent.

Il reprend une vie active comme rédacteur de journal, et un an après, une pleurésie gauche apparaît en février 1936.

Les bacilloscopies sont positives, et on décèle aux examens radiologiques, une caverne du sommet droit.

Nouveau séjour au sanatorium, de janvier 1937 à juin 1940, au cours duquel les tentatives de pneumothorax droit restant infructueuses, et les résultats de la cure simple étant nuls, on fait une thoracoplastie à la fin de 1939, qui donne de très bons résultats.

OBSERVATION N° 52. — B... P..., 21 ans. — A l'examen d'entrée à l'Ecole Coloniale, on découvre des condensations apicales à droite.

Après trois mois de repos à la campagne, apparaît une pleurésie séro-fibrineuse gauche. Il arrive au sanatorium en mai 1939.

Pendant son séjour, une caverne se creuse au sommet droit pour laquelle on crée un pneumothorax en juin 1940. Pneumothorax incomplet et inefficace.

Une alcoolisation du phrénique droit est faite en mai 1941, suivie d'une thoracoplastie.

Est encore au sanatorium.

OBSERVATION N° 53. — T... A... — A l'examen d'entrée pour un emploi à la Préfecture, en octobre 1939, on découvre des lésions intercléido-hilaires droites.

Elle entre au sanatorium en novembre 1939 et pendant son

séjour on voit se creuser au sommet gauche, une petite caverne (avril 1940). Les bacilloscopies deviennent positives.

Un pneumothorax gauche est créé en mai 1940, suivi d'une section de brides en septembre. On le complète encore par une alcoolisation du phrénique.

Elle quitte le sanatorium en décembre 1940 avec des foyers mal éteints.

OBSERVATION N° 54. — M... S... — Découverte en décembre 1938 d'une tuberculose bilatérale.

Entre au sanatorium en février 1939 ; il présente alors une infiltration assez dense du sommet droit avec cavernes sous-claviculaires, et à gauche des marbrures discrètes de la région sous-claviculaire ; bacilloscopies négatives.

On crée un pneumothorax en mars 1939 qui amène la diminution de l'image.

Pendant l'invasion, le malade s'enfuit au Portugal.

OBSERVATION N° 55. — O... H..., 20 ans. — En octobre 1938, un examen systématique révèle des signes suspects chez un asthénique.

En mars 1939, il entre dans un sanatorium à Passy où on lui crée un pneumothorax droit puis un pneumothorax gauche.

Il vient ensuite au Sanatorium des Etudiants en décembre 1939. On pratique une section de brides à droite en juillet 1940, et après une évolution discrète à gauche, accompagnée d'hémoptysies, on fait une section de brides à gauche en février 1941.

Bacilloscopies négatives ; va bien.

OBSERVATION N° 56. — V... M..., *étudiant en Sciences*. — Examinant lui-même son expectoration, il y découvre des bacilles.

Il subit un examen radiologique qui montre des traces hilaires et quelques condensations des deux sommets.

Il entre au sanatorium en août 1933 et part sur sa demande après avoir refusé un pneumothorax pour aller se faire faire, à Lausanne, de la tuberculinothérapie.

En 1939, il annonce une rechute importante.

OBSERVATION N° 57. — O... J... — En novembre 1938, à l'examen systématique pour un poste de maître d'Internat, on découvre des lésions droites. Bacilloscopies positives.

On crée aussitôt un pneumothorax droit ; il se complique en janvier 1939 d'une pleurésie fébrile.

Pendant son séjour au sanatorium, de février à novembre 1939, le pneumothorax se symphyse et les bacilloscopies deviennent négatives.

Il part pour prendre un poste de professeur dans un collège où à la suite des conditions de vie particulièrement difficiles que nous traversons, il fait une rechute.

OBSERVATION N° 58. — L... D..., 20 ans. — En novembre 1939, un examen systématique après le décès de sa mère tuberculeuse, montre une atteinte bilatérale.

A son entrée au sanatorium en décembre 1939, ce malade d'aspect frêle, présente des condensations disséminées dans les deux champs pulmonaires. Bacilloscopies positives.

On crée, en mars 1940, un pneumothorax gauche suivi en juin d'une section de brides, et en août, d'un pneumothorax droit.

Reste frêle, malgré le bon collapsus ; continue ses études

OBSERVATION N° 59. — B... J..., *étudiant en Médecine*. — Découverte à l'examen fortuit en mai 1938 d'une infiltration des deux sommets. Bacilloscopies positives.

A son entrée au sanatorium en août, on voit à gauche, des images de cavernes et des traveés homogènes du sommet droit.

On crée un pneumothorax gauche, complété d'une section de brides.

Il part en septembre 1939 pour prendre un poste d'Interne dans un sanatorium.

En 1941, rechuté, excavation à droite suivie d'un pneumothorax. Va bien.

OBSERVATION N° 60. — L... B... — On découvre en octobre 1936, à l'incorporation, une caverne apicale droite. Bacilloscopies positives.

Cure de onze mois à Passy qui rend les expectorations négatives, et donne un bon nettoyage radiologique.

En septembre 1938, à une nouvelle visite d'incorporation, on retrouve la cavité apicale ; on crée un pneumothorax droit aussitôt.

Pendant son séjour au Sanatorium, de novembre 1938 à juillet 1939, on fait une section d'adhérences qui amène une atélectasie transitoire et une décharge des crachats.

A son départ, il ne persiste qu'une zone condensée peu importante, près du hile droit.

OBSERVATION N° 61. — G... P..., 27 ans, *Etudiant en médecine*. — A l'incorporation en septembre 1939, on découvre chez ce sujet de constitution athlétique, une infiltration diffuse des deux tiers supérieurs des poumons.

Il entre au sanatorium en décembre 1939, où on lui crée simultanément un pneumothorax de chaque côté. Les bacilloscopies deviennent négatives.

A repris une vie normale.

OBSERVATION N° 62. — L... J... — En décembre 1936, avant une appendicectomie, on découvre des lésions pulmonaires bilatérales. Bacilloscopies positives. La malade se soigne à Hauteville, où on crée un pneumothorax gauche, qui est incomplet. Les lésions s'étendent alors à droite et l'on crée en février 1939, un pneumothorax droit. Bacilloscopies toujours positives. A son arrivée au sanatorium des Etudiants, la caverne continue à s'agrandir et oblige à abandonner le pneumothorax droit. En juillet 1939, on fait une alcoolisation du phrénique droit, mais la malade évoluant, on a recours en avril, à un pneumo-péritoine. Enfin, en septembre 1940, on fait une phrénicectomie qui amène l'effacement de la caverne.

OBSERVATION N° 63. — H... A... — Réformé définitivement après un examen systématique en 1936. En 1937, fait un épanchement pleural gauche fébrile ; en août de la même année, après une poussée fébrile, une radiographie montre une lobite supérieure gauche excavée. Bacilloscopies positives. Il entre au sanatorium. On note à la radiographie une image de lobite supérieure gauche très sombre avec aspect en mie de pain et une caverne sous la clavicule. On fait alors une thoracoplastie postéro-supérieure. Bacilloscopies négatives. Continue à mener une vie prudente.

OBSERVATION N° 64. — L... P... — Au conseil de révision, en décembre 1938, un examen radioscopique montre une caverne du sommet gauche. Bacilloscopies positives.

On tente en vain un pneumothorax gauche. A son entrée au sanatorium, il présente, à l'auscultation, des bulleux au sommet gauche et la radiographie montre une large caverne sus et sous-claviculaires gauche.

Trois temps de thoracoplastie sont institués et le malade quitte le sanatorium en août 1938 pour une question de discipline. La radiographie montrait alors une image suspecte au sommet gauche et les bacilloscopies étaient encore positives. Bonnes nouvelles.

3°) *Tuberculoses relativement bénignes :*

OBSERVATION N° 65. — G... M... — Découverte à l'examen systématique après trois semaines de vie militaire, de lésions bilatérales confirmées par une radiographie. Bacilloscopies positives,

A son entrée, l'état général est bon, l'expectoration rare, l'auscultation normale. La radiographie montre une tache et des marbrures s'étendant des deux hiles aux sommets. Pas de caverne visible.

Pendant son séjour au sanatorium, les bacilloscopies se montrent quelquefois positives.

Par la cure simple associée à un traitement aurique qu'on dut interrompre à la suite d'un érythème léger, le nettoyage radiologique se fait et le malade put quitter l'Etablissement pour continuer sa cure dans sa famille.

Le malade, revu en janvier 1942, travaille, est marié, et aucun incident n'a marqué ce passage à la vie normale.

OBSERVATION N° 66. — C... — En octobre 1936, taches bilatérales avec petits contours suspects dans le 4° espace à droite. Bacilloscopies positives.

Le malade se repose à Bourg-la-Reine, de novembre à février 1937. En décembre 1936, un traitement aurique fut institué (3 gr. 50 allocrysine).

Au début de février 1937, les bacilles disparaissent, le malade fait des sports d'hiver et une radiographie faite à ce moment montre une amélioration très sensible.

Il entre au sanatorium présentant un bon état général avec une expectoration minime négative. (Tubage et cobaye).

A l'auscultation, on trouve quelques râles fins bilatéraux. La radiographie donne des condensations sous-claviculaires bilatérales, et des travées à peu près symétriques, tout à fait homogènes.

A sa sortie, le malade étant en très bon état général ne crache plus. L'auscultation est normale, mais l'image radiographique est peu améliorée.

Il continue sa cure en Auvergne et va très bien.

OBSERVATION N° 67. — M... M... — Malade qui a présenté un peu de fatigue et de la toux au cours d'un voyage en Allemagne au printemps de 1938. Ne se soigne pas et en octobre, un examen systématique pour un poste d'institutrice montre une caverne sous-claviculaire droite. Bacilloscopies positives.

Un pneumothorax droit est créé aussitôt ; il est subtotal, mais les adhérences sont peu importantes.

A l'entrée au sanatorium, les bacilloscopies sont négatives et les radiographies donnent une image de pneumothorax très étendu avec suspensions peu importantes au-dessus du hile, et des ombres floues sans aucune image cavitaire.

Pendant son séjour, on obtient un nettoyage partiel, et la

malade quitte le sanatorium pour rejoindre sa famille en Lorraine.

Les nouvelles de sa santé sont bonnes.

OBSERVATION N° 68. — B... F... — A l'examen d'entrée de l'Ecole de Santé Navale, on trouve deux petites cavernes sous-claviculaires droites (15 février 1939).

Le 7 mars, un pneumothorax droit est créé, l'expectoration diminue, et l'état général s'améliore.

A son entrée : les bacilloscopies sont positives ; le malade est en bon état général, le pneumothorax droit est suspendu par des adhérences complexes. Au sommet, le lobe supérieur est gris et contient encore une image cavitare.

Pendant son séjour, le nettoyage local est appréciable. On fait une section de brides en juillet 1939 qui donne un collapsus total et une atélectasie passagère.

Les ombres récidivaires sont très homogènes et semblent se dissiper rapidement.

Le malade quitte l'établissement pour prendre un poste d'interne dans un sanatorium.

Les nouvelles de sa santé sont bonnes.

OBSERVATION N° 69. — B... M... — En janvier 1938, cuti négative. En avril, après un épisode de type grippal, on obtient le virage de la cuti.

La malade se repose dans sa famille et travaille prudemment.

Elle se marie.

En décembre 1938, une radiographie faite par précaution montre une caverne axillaire. Les bacilloscopies sont positives.

A son entrée au sanatorium, la malade est fébrile et fatiguée.

A la radiographie, la caverne axillaire est très nette et entourée d'un anneau d'infiltrations.

Un pneumothorax droit est créé, au mois de mars : il est sub-total. Une adhérence en regard de la caverne sera coupée deux mois plus tard.

La malade quitte le sanatorium dans un bon état général. Les bacilles ont disparu des crachats.

Elle mène actuellement une vie tout à fait normale.

OBSERVATION N° 70. — V... J... — A l'incorporation en octobre 1939, on note une infiltration assez importante du poumon gauche.

A son entrée au sanatorium, le malade a un bon état général, ne présente pas de bacilles dans les crachats, mais la radio-

graphie donne une image de caverne isolée très nette sous la clavicule gauche.

Un pneumothorax gauche est créé en janvier 1949 avec un décollement très étendu, mais il existe un système adhérentiel en regard de la caverne. Il est sectionné en mars 1940.

Le malade va très bien et quitte le sanatorium dans un très bon état général.

Les nouvelles de sa santé sont excellentes.

OBSERVATION N° 71. — K... J... — Une radiographie faite avant son entrée comme externe dans un service de phthisiologie montre une infiltration apicale droite avec une petite caverne rétroclaviculaire. Les bacilloscopies sont positives.

Un pneumothorax droit est créé en mars 1938.

A son entrée, le malade est en très bon état général ; les bacilles ont disparu, des crachats ; l'auscultation est négative.

Pendant son séjour, le nettoyage local est appréciable, mais il persiste quelques taches homogènes près du hile.

Le malade quitte le sanatorium pour prendre un poste d'interne à Hauteville. Sans histoire.

OBSERVATION N° 72. — M... R... *Etudiant en médecine*. — Examen systématique à l'entrée de l'Ecole de Santé Militaire en février 1938. Atteinte du sommet gauche.

A son entrée, auscultation négative. Bacilloscopies positives. A la radiographie, on note des infiltrations limitées, mais nettes de la région axillaire gauche, avec un centre excavé.

Pendant son séjour, création d'un pneumothorax gauche subtotal. Suites normales.

A sa sortie, le sommet gauche adhérent ne montre plus qu'un petit groupe de condensations homogènes.

Le malade prend un poste d'interne dans un sanatorium près de Villeurbanne. Va très bien.

OBSERVATION N° 73. — M... J... — Réformé en mai 1938, lors d'un Conseil de réforme.

A l'entrée, état général médiocre. Bacilloscopies positives. Auscultation négative. Radiographie : infiltrations du sommet dans la région sous-claviculaire gauche, avec de petites cavernes siégeant dans le 4° espace.

En juillet 1938 : création d'un pneumothorax gauche, petites suspensions apicales sectionnées en novembre 1938. Résultats excellents.

Mais à sa sortie, il reste un aplatissement total du sommet contre le hile avec persistance d'une zone opaque peu homogène.

Le malade va très bien actuellement.

OBSERVATION N° 74. — S... A..., *Etudiant en médecine*. — Découvert à l'examen d'entrée pour les fonctions d'externe. Montre des séquelles de pleurésie droite.

Mobilisé en septembre 1939, réformé temporaire. On note une infiltration non homogène au sommet gauche et de l'opacité du sinus costo-diaphragmatique droit. Les bacilloscopies faites à ce moment-là sont positives. .

A son entrée au Sanatorium, le malade a maigri, tousse et crache, présentant des phénomènes de diarrhée et de constipation.

L'auscultation donne une respiration soufflante avec râles sous-crépitaux, surtout perceptibles dans la fosse interscapulo-humérale, et des râles bulleux au-dessus de la clavicule gauche et dans la fosse sus-épineuse.

A la radiographie on note à gauche des condensations rétro-claviculaires, paraissant homogènes, et à droite, un sinus bouché, un diaphragme estompé et peu mobile.

Le malade quitte le Sanatorium en juillet 1941 présentant au sommet gauche une petite infiltration discrète.

Les bacilloscopies et une inoculation au cobaye étant négatives, le malade prend un poste d'interne dans un sanatorium.

Va très bien actuellement.

OBSERVATION N° 75. — B... V... — On découvre à l'incorporation, en août 1937, des infiltrations aux deux sommets. Les bacilloscopies sont alternativement positives et négatives.

A son entrée, l'état général est bon, l'auscultation est négative, et la radiographie donne à droite des pommelures du sommet assez peu homogènes, avec de petites taches claires sous la clavicule ; à gauche, de petites taches sous la clavicule d'aspect homogène.

On crée un pneumothorax droit en juin 1938 qui, malgré une suspension apicale complexe est efficace.

Le malade quitte le sanatorium en juin 1940 dans un très bon état général ; mais à la radiographie, on note toujours une grisaille au pied de l'adhérence à droite sans image suspecte, et de petites taches de même aspect qu'avant la création du pneumothorax.

Actuellement, en 1942, il travaille et va très bien.

OBSERVATION N° 76. — V... H..., 21 ans, *Etudiant en Lettres*. — Dépisté à l'examen d'entrée d'une grande administration en novembre 1933. On découvre une infiltration de tout le sommet droit. Il entre au sanatorium en janvier 1934. Expectoration négative pendant tout son séjour. Il part en février 1936 et rentre dans le cadre administratif.

OBSERVATION N° 77. — C... A..., *Etudiant en pharmacie*. — A la visite d'incorporation, en novembre 1937, on découvre une atteinte bilatérale des sommets.

Pendant son séjour de janvier 1938 à septembre 1938, on crée un pneumothorax gauche subtotal ; bacilloscopies toujours négatives. Va très bien. Traitement sans incident.

OBSERVATION N° 78. — C... M..., *Etudiant en pharmacie*. — Un examen fortuit en 1931 donne des condensations sous-claviculaires droites. Surveillance périodique à la radioscopie. Bacilloscopies positives en novembre 1934. Il entre au sanatorium en mars 1935 ; il y reste un an et part conservant quelques travées fibreuses au niveau de ses condensations. A repris une vie normale.

OBSERVATION N° 79. — B... P..., *Elève des Arts et Métiers*. — Passant sur sa demande devant une commission militaire pour faire son service dans l'aviation, il est étonné de se savoir porteur d'une lésion du sommet gauche bacillifère. Il entre au sanatorium en août 1935, porteur d'un pneumothorax total, compliqué d'une forte réaction liquidienne. Il part en août 1936, en bon état général, l'expectoration est tarie. Très bonnes nouvelles.

OBSERVATION N° 80. — P... J..., *Licencié ès Lettres*. — Un examen systématique en 1934, à l'entrée de la Société Générale fait découvrir une lobite supérieure gauche. En octobre 1934, il entre au sanatorium après un repos de 6 mois dans sa famille et il présente alors une caverne du sommet gauche. Bacilloscopies positives ; pneumothorax impossible. On pratique alors une phrénicectomie en janvier 1936 qui amène un nettoyage considérable. Il occupe un emploi peu fatigant au sanatorium même jusqu'en 1939 où il reprend sa vie normale.

OBSERVATION N° 81. — C... M..., 22 ans, *Etudiant en médecine*. — Un examen systématique pratiqué dans le service où il est stagiaire fait découvrir une caverne sous-claviculaire gauche. Il entre au sanatorium en janvier 1934. Bacilloscopies toujours négatives. Après 8 mois de séjour et de cure simple, il ne reste qu'une légère infiltration du sommet. Il reprend alors une vie tout à fait normale. Nouvelles excellentes.

OBSERVATION N° 82. — G... S... — En 1933, à l'Ecole d'Assistance Sociale, on découvre des lésions minimales du sommet droit.

Entre au sanatorium des Etudiants en mars 1936. On note alors des condensations sous-claviculaires bilatérales sans image cavitaires. Bacilloscopies négatives. Travaille pendant quelques temps comme infirmière et fait alors une hémoptysie. Elle quitte

le sanatorium sans aucune amélioration radiologique. Elle présente actuellement le même état radiologique.

OBSERVATION N° 83. — P... L... — A la visite d'entrée à l'Ecole Coloniale, on découvre des lésions du sommet droit.

A son arrivée au sanatorium en mars 1938, la radiographie donne une infiltration du tiers supérieur du poumon droit avec plusieurs petites cavernes, dont une parahilaire très nette. Bacilloscopies positives. Un pneumothorax est créé en mars 1938, suivi d'une pleuroscopie en septembre 1938.

Quitte le Sanatorium pour continuer sa cure en Corse. Va très bien.

OBSERVATION N° 84. — R... P... — On découvre à l'incorporation en mai 1938, des lésions bilatérales. Bacilloscopies positives. A son entrée, on note à la radiographie une infiltration étendue de la partie moyenne du poumon droit avec une caverne sous-claviculaire. Pendant son séjour on crée un pneumothorax droit. Bacilloscopies négatives.

OBSERVATION N° 85. — T... P..., *Etudiant en médecine*. — On note à la mobilisation, en septembre 1939, une infiltration sous-claviculaire droite.

A son entrée au sanatorium, la radiographie donne une image de lobite supérieure droite. On crée en novembre 1939, un pneumothorax droit. Le malade quitte le sanatorium en mai 1940, ne présentant plus que quelques ombres homogènes dans le lobe supérieur du poumon droit et quelques condensations dans le lobe inférieur sans image cavitare.

OBSERVATION N° 86. — D... F... — Un examen fortuit, en 1936, montre une infiltration de la moitié supérieure gauche avec images cavitaires multiples. Bacilloscopies positives.

Dès son arrivée au sanatorium, on crée un pneumothorax gauche qui est subtotal.

Quitte le sanatorium pour prendre un poste d'ingénieur agronome dans l'Isère.

OBSERVATION N° 87. — L... J..., 25 ans, *licencié ès lettres*. — Découvert porteur d'une caverne de la base gauche à la visite d'incorporation en octobre 1936. Bacilloscopies positives.

Il entre au sanatorium en décembre 1936. On crée un pneumothorax qui est total. Après un nettoyage très intéressant, il part en mai 1937. Nouvelles excellentes en 1940.

OBSERVATION N° 88. — M... A..., 28 ans, *licencié ès lettres*. — A un examen de titularisation dans l'armée active, on découvre une caverne sous-claviculaire droite.

En décembre 1936, à son entrée au sanatorium, il ne présente que des condensations homogènes du sommet droit. Inoculation au cobaye positive. Un pneumothorax est institué en décembre 1937 qui amène une disparition rapide des signes radiologiques. Il part en juillet 1938 pour prendre un poste de rédacteur dans un journal local. Va très bien en 1942.

OBSERVATION N° 89. — M... J..., 26 ans, *agrégé*. — A la visite médicale de titularisation, il est trouvé porteur d'une caverne sous claviculaire gauche entourée d'une zone infiltrée.

A son entrée au sanatorium, en novembre 1934, on crée un pneumothorax. Il quitte le sanatorium en avril 1936 très amélioré. Nouvelles excellentes en 1940.

OBSERVATION N° 90. — G... Y... — A l'entrée de l'Ecole de St-Cyr, en novembre 1934, on découvre une infiltration parahilaire gauche avec caverne probable. Bacilloscopies parfois positives. Pneumothorax impossible.

On fait alors au sanatorium des Etudiants une phrénicectomie qui amène la disparition de l'image cavitaire. Il part en avril 1936 ne conservant de son infiltration qu'une ombre scissurale.

OBSERVATION N° 91. — V... M..., *étudiant en Médecine*. — Après un remplacement d'externe dans un service de tuberculeux pendant l'été 1933, une radiographie montre une petite cavité isolée au sommet gauche. Aucun signe fonctionnel, mais bacilloscopies positives.

Il entre au sanatorium en octobre 1933. On crée un pneumothorax gauche, complété bientôt par une section d'adhérences. Il quitte le sanatorium des Etudiants après 10 mois de séjour pour prendre un poste d'interne dans un autre sanatorium.

OBSERVATION N° 92. — B... J..., 22 ans, *externe des hôpitaux*. — Après 6 mois de stage dans un service de tuberculeux, une radiographie montre une caverne du sommet gauche. Aucun signe fonctionnel, mais bacilloscopies positives.

Il entre au sanatorium en mai 1933 ; on crée un pneumothorax gauche qui amène la disparition de la lésion et des bacilles en 9 mois. Il prend alors un poste d'interne dans un sanatorium.

OBSERVATION N° 93. — C... L... — Elle présente en 1933 à un examen fortuit, une caverne du sommet gauche. On lui conseille un pneumothorax qu'elle refuse. Après un an de cure simple à

Leysin, elle vient au sanatorium des Etudiants en avril 1934. Un pneumothorax gauche est alors créé ; quoique partiel, il amène la disparition des bacilles dans les crachats et la malade quitte le sanatorium en 1935. Elle s'est mariée en 1938.

OBSERVATION N° 94. — S... P... — On découvre des condensations homogènes des deux sommets à l'examen médical pour le concours à l'A. P. Bacilloscopies négatives.

Il vient au sanatorium le 1er mai 1939. Jusqu'au 18 septembre 1939, on ne note aucune activité de ses condensations. Il part et est repris service armé par les autorités militaires.

OBSERVATION N° 95. — M... J... — On découvre en novembre 1935, à la visite d'incorporation des lésions pulmonaires gauches discrètes. Bacilloscopies positives. Pleurésie gauche 3 mois après.

Pendant son séjour au sanatorium de mars 1936 à octobre 1936, les bacilloscopies deviennent négatives et il ne reste plus au sommet gauche qu'un groupe de condensations calcifiées.

OBSERVATION N° 96. — M... C... — Après 6 mois de stage dans un service de tuberculeux, virage de la cuti-réaction et apparition d'une petite condensation sous claviculaire gauche.

Pendant son séjour au sanatorium, d'octobre 1937 à avril 1938, il fait une pleurésie gauche fébrile. Continue ses études médicales à Paris.

OBSERVATION N° 97. — B...-D... R., élève du service de Santé de Lyon. — On découvre en octobre 1936, une infiltration sous-claviculaire gauche discrète. En novembre 1936, pleurésie droite fébrile ; disparition du liquide en un mois et demi ; bacilloscopies négatives mais inoculation au cobaye positive.

Pendant son séjour au sanatorium, de janvier à octobre 1937, on note un éclaircissement très satisfaisant des ombres pleurales.

OBSERVATION N° 98. — P... L..., 20 ans. — A l'examen systématique pour rentrer dans l'armée de l'air, on découvre une infiltration du sommet gauche. Bacilloscopies négatives. On crée un pneumothorax gauche sans histoire.

OBSERVATION N° 99. — A la suite d'un examen radiologique fortuit on découvre une infiltration du tiers supérieur gauche. Bacilloscopies positives.

Pendant son séjour au sanatorium, on crée un pneumothorax gauche sub-total.

OBSERVATION N° 100. — L... E..., 29 ans. — A la suite d'un examen fortuit en octobre 1938, on découvre une infiltration des 2/3 supérieurs du poulmon gauche, avec aspect en mie de pain. Bacilloscopies positives.

Pendant son séjour au sanatorium, de décembre 1938 à septembre 1939, on crée un pneumothorax gauche suivi d'une section de brides. Bacilloscopies négatives.

OBSERVATION N° 101. — L... H... — A l'examen d'entrée à l'Ecole Navale, on découvre deux cavernes sous-claviculaires droites. Bacilloscopies positives.

Pendant son séjour au sanatorium, de décembre 1935 à décembre 1936, on crée un pneumothorax droit suivi d'une section de brides.

OBSERVATION N° 102. — M... L... — A la visite d'incorporation, on note une infiltration du sommet droit avec une petite caverne. Bacilloscopies positives.

Pendant son séjour au sanatorium, de décembre 1937 à octobre 1938, on crée un pneumothorax droit, ce qui amène un nettoyage complet du champ pulmonaire. Est professeur dans une ville du Midi.

OBSERVATION N° 103. — R... P... — Un examen radiologique fait par précaution en octobre 1937, montre une infiltration au sommet gauche sans caverne. Bacilloscopies positives.

Pendant son séjour au sanatorium, de novembre 1937 à juin 1938, la cure simple amène la disparition de l'image pulmonaire. Bacilloscopies négatives.

OBSERVATION N° 104. — F... R... — En octobre 1938, on découvre une légère infiltration du sommet droit qui se nettoie par la cure simple pendant son séjour au sanatorium, de décembre 1938 à mai 1939.

OBSERVATION N° 105. — M... R... — En 1919, tumeur blanche du genou. En septembre 1936, à la visite médicale pour entrer dans les P.T.T. on note une légère atteinte pulmonaire droite.

Pendant son séjour au sanatorium, de juillet 1937 à décembre 1938, la cure simple suffit à tout nettoyer. Il mène une vie normale en Algérie.

OBSERVATION N° 106. — P... H... — En février 1940, on découvre à une visite médicale pour entrer dans l'aviation, des condensations du sommet droit.

Pendant son séjour au sanatorium, de mai à décembre 1940, une cure sérieuse suffit à nettoyer l'image pulmonaire. Bacilloscopies toujours négatives.

OBSERVATION N° 107. — C... R... — A l'entrée à l'Ecole de St-Cyr, en octobre 1938, on découvre une infiltration du sommet droit.

Pendant son séjour au sanatorium, de janvier 1939 à octobre 1940, les bacilloscopies étant positives on crée un pneumothorax droit suivi d'une section de brides. Va bien.

OBSERVATION N° 108. — M... R... — A la visite d'incorporation, on découvre quelques pommelures du sommet droit.

Pendant son séjour au sanatorium, de janvier 1938 à août 1939, les bacilloscopies étant positives, on crée un pneumothorax droit. Il est planteur à Madagascar.

OBSERVATION N° 109. — F... H... — En mars 1938, on découvre une infiltration nodulaire de la base gauche. Bacilloscopies positives.

Pendant son séjour au sanatorium, de mai 1938 à mars 1939, on crée un pneumothorax gauche qui amène rapidement une transparence pulmonaire normale.

OBSERVATION N° 110. — V... P... — Caverne isolée du sommet droit découverte par hasard. Bacilloscopies positives.

Pendant son séjour au sanatorium, de septembre 1934 à mars 1935, on crée un pneumothorax droit. La caverne se cicatrise rapidement.

OBSERVATION N° 111. — M... J... — A l'examen d'incorporation, on découvre des lésions du sommet droit.

Pendant son séjour au sanatorium, de mars à juillet 1936, les condensations calcifiées du sommet droit restent inchangées.

OBSERVATION N° 112. — N... V... — En juin 1937, à la sortie de l'Ecole de Gendarmerie, on découvre des lésions bilatérales. Bacilloscopies négatives.

Pendant son séjour au sanatorium, d'août 1937 à avril 1938, l'expectoration fut une seule fois positive.

OBSERVATION N° 113. — L... M..., étudiante. — A l'examen d'entrée dans les cadres de l'Enseignement on découvre des lésions sous-claviculaires droites.

Pendant son séjour au sanatorium, de janvier à septembre 1937, on note une amélioration de l'état général. Bacilloscopies négatives.

OBSERVATION N° 114. — P... J... — On découvre, à une visite d'engagement dans la Marine, des lésions du sommet gauche. Bacilloscopies positives.

Pendant son séjour au sanatorium, de décembre 1938 à avril 1939, on crée un pneumothorax gauche qui tarit et rend négative l'expectoration.

OBSERVATION N° 115. — D... A..., élève du Service de Santé de Lyon — A l'entrée à l'Ecole, on découvre une infiltration du sommet droit. Quelques jours après, petite hémoptysie non fébrile. Bacilloscopies positives.

Entre au sanatorium en janvier 1938. La cure simple amène un nettoyage presque total des lésions. Bacilloscopies négatives.

OBSERVATION N° 116. — C... R... — Découverte en novembre 1935 de lésions du sommet droit Bacilloscopies positives. Création d'un pneumothorax droit qui permet au poumon de s'éclaircir. Bacilloscopies négatives.

OBSERVATION N° 117. — L... J... — Après 6 mois passés dans un service de tuberculeux, on découvre une lobite supérieure droite sans caverne.

Pendant son séjour au sanatorium, de juin 1936 à mars 1937, on crée un pneumothorax droit. Deux cavernes sont alors visibles dans le moignon. Bacilloscopies négatives.

OBSERVATION N° 118. — B... H... — En janvier 1939, on découvre des condensations du sommet gauche. Bacilloscopies négatives.

Pendant son séjour au sanatorium, d'avril 1939 à mars 1940, on crée un pneumothorax gauche. Bon résultat.

OBSERVATION N° 119. — G... J... — A la visite d'incorporation en octobre 1939, on note une infiltration dense du 1/3 supérieur gauche, sans image de caverne.

Pendant son séjour au sanatorium, de janvier à juin 1940, on crée un pneumothorax gauche, qui donne un bon nettoyage.

OBSERVATION N° 120. — F... J..., Elève de l'Ecole de Santé de Lyon. — En octobre 1939, on découvre une infiltration de toute la moitié supérieure du poumon gauche, sans image de caverne. Bacilloscopies négatives.

Pendant son séjour au sanatorium, de janvier à juin 1940, l'image pulmonaire s'atténue.

OBSERVATION N° 121. — F... H..., étudiant en Médecine. — En juin 1938, on note une infiltration du sommet gauche et quelques condensations très discrètes de la région axillaire droite.

En janvier 1939, à son entrée au sanatorium, les tomographies ne donnent pas d'image cavitaire. Les bacilloscopies sont négatives. En mars 1939, on crée un pneumothorax gauche complété par une section d'adhérences. Part en janvier 1940 pour prendre un poste d'interne dans un sanatorium.

OBSERVATION N° 122. — F... M... — A la visite d'incorporation en novembre 1938, on découvre des taches du sommet droit.

A son entrée au sanatorium, en février 1939, on note une infiltration assez dense et peu homogène du sommet droit, sans image cavitaire. Bacilloscopies négatives. Les tomographies ne donnent pas d'image de caverne. Quitte le sanatorium en octobre 1939. L'aspect radiologique est resté le même.

OBSERVATION N° 123. — L... A... — A la visite médicale avant le concours d'entrée à l'Ecole de St-Cyr, on découvre des ombres anormales du sommet droit.

A son entrée au sanatorium, en janvier 1940, l'image pulmonaire est normale à l'exception d'une petite condensation discrète et homogène du sommet droit. Bacilloscopies négatives. Part en avril 1940.

OBSERVATION N° 124. — D... P... — On découvre en mars 1939, quelques modifications radiologiques du sommet droit.

Pendant son séjour au sanatorium, de mai à septembre 1939, aucune modification radiologique ne se produit.

OBSERVATION N° 125. — T... G..., *étudiant en Médecine*. — On découvre en avril 1937, une infiltration apicale droite avec petite caverne. Bacilloscopies négatives.

Pendant son séjour au sanatorium, l'image cavitaire disparaît pour laisser la place à une cicatrice étoilée discrète.

OBSERVATION N° 126. — P... M... — En avril 1937, on découvrait des signes radiologiques bilatéraux sans excavation. Expectoration négative.

A son entrée au sanatorium, en septembre 1937, on trouve à la radiographie une grisaille des deux sommets. Le malade quitte le sanatorium sans pouvoir s'y acclimater.

A fait la guerre dans les chars d'assaut.

OBSERVATION N° 127. — P... — A l'examen d'entrée à l'Ecole Coloniale, on note en novembre 1936, des ombres radiologiques des deux sommets.

A son entrée au sanatorium, la radiographie donne des taches et des marbrures des deux sommets et des régions sous-claviculaires.

Pendant son séjour, accentuation nette de l'image. On propose la création d'un pneumothorax au malade qui le refuse. Il quitte le sanatorium en décembre 1937, la radiographie montre un nettoyage total, à l'exception d'une petite condensation homogène sous-claviculaire droite.

A fait toute la guerre dans un régiment d'infanterie alpine.

OBSERVATION N° 128. — D... R... — A l'examen d'entrée dans l'enseignement, en janvier 1936, on constate des modifications du sommet gauche. Bacilloscopies positives.

A son entrée au sanatorium, en mars 1936, la radiographie donne une image d'infiltration du 1/3 supérieur gauche avec aspect peu homogène sous la clavicule. En septembre 1936, pneumothorax gauche subtotal. En décembre 1936, formation d'une caverne dans le moignon. Section de brides, pleurésie immédiate. Il quitte le sanatorium en août 1937, présentant un poumon presque complètement éclairci à gauche, avec quelques travées sombres de la zone supérieure.

OBSERVATION N° 129. — D... G..., *étudiant en Médecine*. — En mai 1937, découverte fortuite avant l'entrée dans un service de tuberculeux d'une lésion apicale droite. Bacilloscopies négatives.

A son entrée au sanatorium : auscultation et radiographie sensiblement normale. On note malgré tout une cicatrice étoilée discrète à l'emplacement de la petite caverne. En août 1937, il part pour prendre un poste d'interne dans un sanatorium. En juin 1939, une légère hémoptysie se produit. Actuellement va bien.

OBSERVATION N° 130. — L... F... — En novembre 1936, à la visite pour l'entrée à l'Ecole Annexe de Santé Navale de Brest (pharmacie), on découvre des lésions gauches. Bacilloscopies positives.

Il entre au sanatorium et on crée un pneumothorax. On fait plusieurs pleuroscopies et on obtient un pneumothorax efficace

OBSERVATION N° 131. — V... D... — Après un examen systématique en janvier 1939, on découvre des lésions du sommet droit. Bacilloscopies négatives.

A son entrée au sanatorium, la radiographie montre une infiltration de la région sous-claviculaire avec petite image cavitaire à droite ; à gauche, quelques condensations au-dessus de la clavicule. Bacilloscopies positives. On crée un pneumothorax droit. En janvier 1940, pleurésie sous le pneumothorax. Au départ en novembre 1941, il persiste une poche pleurale réduite, mais suffisante pour assurer un bon collapsus des lésions pulmonaires.

OBSERVATION N° 132. — T... R..., *étudiant en Médecine*. — En janvier 1936, on note à gauche, une infiltration peu homogène de la région sous-claviculaire et à droite, une infiltration sous-claviculaire plus homogène et moins étendue. Bacilloscopies négatives. En juillet 1936, après un épisode grippal fébrile, on note à la radiographie une augmentation très nette des lésions droites.

Le malade entre alors au sanatorium. Une bronchoscopie ayant amené la découverte de bacilles, un pneumothorax droit est créé en juillet 1937.

OBSERVATION N° 133. — M... A... — En novembre 1940, dépistage par accident après une analyse de sang montrant une infection. La radiographie montre au sommet droit des lésions diffuses et la tomographie une petite cavité. Bacilloscopies positives.

Pendant son séjour au sanatorium, de décembre 1940 à juin 1941, on crée un pneumothorax droit complété d'une pleuroscopie. L'image cavitaire disparaît complètement.

OBSERVATION N° 134. — D'A... de P... J.. — A la suite d'un examen systématique dans l'armée, en septembre 1936, on découvre des lésions de la partie moyenne du poumon droit. Bacilloscopies positives.

A son entrée au sanatorium, on note une infiltration de la partie moyenne du poumon droit à partir du hile, avec une caverne. On crée un pneumothorax droit en novembre 1936 et on fait une section d'adhérences en juillet 1937. En 1939, il reprend du service dans l'armée. Il est fait prisonnier, interné en Allemagne, où il fait une petite rechute. Il passe quelques mois au sanatorium des Etudiants puis est repris dans les cadres de l'Armée.

OBSERVATION N° 135. — M... P... — A l'examen d'entrée dans l'enseignement de culture physique, on trouve des signes d'auscultation sous-claviculaires droit.

A son entrée au sanatorium, en juillet 1936, la radiographie donne une simple trainée à la hauteur de la scissure droite. Elle part en septembre 1938, présentant une image thoracique presque normale.

OBSERVATION N° 136. — M... C..., 22 ans. — A l'incorporation à l'Ecole de Saumur, on note un envahissement fibro-calcique du sommet gauche. Bacilloscopies positives.

A son entrée au sanatorium, la radiographie donne une infiltration du 1/3 supérieur gauche avec de multiples aspects cavitaires et une caverne nette derrière la clavicule. On crée un pneumothorax gauche en août 1940 qui donne des résultats très satisfaisants.

OBSERVATION N° 137. — D... P... — A l'incorporation en octobre 1936, on découvre une image cavitaire sous-claviculaire gauche. Le malade se repose chez lui ; l'image disparaît complètement en janvier 1937.

Pendant son séjour au sanatorium, de janvier à avril 1937, l'image continue à s'améliorer.

OBSERVATION N° 138. — K... R... — En 1936, à l'incorporation, on trouve une caverne sous-claviculaire gauche. Bacilloscopies positives. Le malade entre au sanatorium, on note quelques signes d'auscultation à gauche et les radiographies montrent une ombre assez dense avec image claire sous la clavicule. Le malade part en septembre 1936 ayant une auscultation normale, les radiographies ne semblent pas confirmer l'existence d'une caverne dans la zone sombre.

OBSERVATION N° 139. — C... M... — En mai 1939, à l'incorporation on découvre des anomalies radiologiques et une image suspecte dans la région su-hilaire droite. Bacilloscopies négatives.

A son entrée au sanatorium, on distingue seulement une ligne scissurale. Est incorporé en septembre 1939 et a fait toute la guerre.

OBSERVATION N° 140. — D... P..., *étudiant en Médecine*. — Découverte en octobre 1939, à la visite d'incorporation d'une lobite supérieure gauche excavée. Pendant son séjour au sanatorium, d'octobre 1939 à mai 1940, création d'un pneumothorax gauche. Résultat excellent.

OBSERVATION N° 141. — R... H..., *étudiant en Droit*. — En novembre 1934, visite médicale pour obtenir un poste de surveillant de lycée. On découvre des travées sombres très discrètes inter-cléido-hilaires.

Après un séjour de 4 mois au sanatorium, il peut rentrer dans les cadres administratifs.

OBSERVATION N° 142. — Y... J..., 20 ans, *étudiant aux Beaux-Arts*. — Tumeur blanche du genou en 1934 ; on fait alors un examen systématique qui révèle une atteinte pulmonaire du côté droit.

Entré en décembre 1934 au sanatorium ; le séjour de 4 mois qu'il y fait, permet de constater qu'il s'agit d'un foyer cicatriciel. Va bien.

OBSERVATION N° 143. — B... A..., 25 ans, *étudiant en Médecine*. — Dépisté au Val-de-Grâce

Il présente à son entrée au sanatorium en septembre 1935, des condensations minimales limitées au premier espace intercostal droit.

Part après 7 mois de séjour et reprend une vie tout à fait normale.

OBSERVATION N° 144. — G... M..., 19 ans, *candidate à l'Ecole Normale d'Institutrices*. — Arrive au Sanatorium des Etudiants en mai 1934 avec une image subnormale.

Part en juin 1935 reprendre une vie normale.

OBSERVATION N° 145. — J... A..., 23 ans, *étudiant en Droit*. — Radiographié systématiquement en décembre 1933 en vue du concours des Contributions Directes, il est découvert porteur de lésions droites. Bacilloscopies positives.

Il se repose pendant l'année 1934.

Pendant son séjour au sanatorium, création d'un pneumothorax gauche. Aucun incident. Nouvelles excellentes.

OBSERVATION N° 146. — L... Y., *candidate à l'Ecole Primaire Supérieure*. — Est découverte porteuse à un examen systématique, de condensations très discrètes de la zone parahilaire droite.

Reste au sanatorium de septembre 1935 à mai 1936 ; son séjour est sans incident.

Bonnes nouvelles.

OBSERVATION N° 147. — H... J..., 17 ans. — Après la mort d'un frère tuberculeux, un examen radiographique en décembre 1934, montre une infiltration discrète parahilaire droite.

En avril 1935, entre au sanatorium. Part en juillet après un séjour sans incident pour reprendre ses études.

Nouvelles excellentes.

OBSERVATION N° 148. — P... E..., 26 ans, *étudiant en Médecine*. — Six mois après son passage dans un service de tuberculeux, une image cavitaire apparaît sous la clavicule droite. Bacilloscopies positives.

Il entre en janvier 1937 au Sanatorium des Etudiants ; on crée un pneumothorax que l'on complète par une section d'adhérences.

Il prend un poste d'interne dans un sanatorium 8 mois après.

Va bien.

Etude des Stastiques

Le dépistage systématique de la tuberculose pulmonaire était entré dans la pratique depuis quelques années en France. La guerre, puis la période de restrictions qui l'ont suivie, lui donnèrent une nouvelle impulsion et aussi par le fait des examens médicaux approfondis auxquels ont été soumis tous les sujets considérés comme menacés de quelque atteinte pulmonaire. L'étudiant étant une proie facile pour la tuberculose, soit par suite de fatigue intellectuelle, soit par la fréquentation hospitalière, ou soit encore par une vie matérielle difficile, parfois même simplement désordonnée. Il était normal qu'on aille au sanatorium des Etudiants de France se renseigner sur le pourcentage des malades dépistés par des examens systématiques et aussi se rendre compte avec le recul du temps, de la gravité qu'ont présentée ces tuberculoses.

Dans les statistiques que nous allons établir, il ne faut pas oublier qu'une partie importante des étudiants a échappé au contrôle qui n'avait pas, jusqu'à tout récemment encore, de caractère obligatoire. Les étudiants échappent à cette contrainte par insouciance, par crainte de se savoir malade, ou encore, lorsqu'ils sont de famille modeste, parce qu'ils craignent que les frais coûteux exigés par le traitement de la tuberculose, n'entraînent une saignée de la bourse de leurs parents. Aussi devrait-on envisager pour eux, l'association de l'examen systématique obligatoire avec une assurance qui couvrirait les risques de maladie. L'Etat pourrait en prendre la charge, et les frais seraient, par exemple, perçus à chaque trimestre, comme on perçoit déjà les immatriculations et autres frais scolaires.

1. — Ce qui frappe de prime abord lorsqu'on compulse les dossiers des malades admis au Sanatorium des Etudiants, c'est le nombre relativement élevé de ceux qui y ont été admis à la suite d'examens systématiques ou fortuits.

Depuis son ouverture en 1933, le Sanatorium des Etudiants de France a reçu jusqu'à la fin de l'année 1940, 1.340 étudiants malades. Parmi ceux-ci, nous en relevons 148 qui furent dépistés par des examens systématiques ou fortuits, ce qui fait une proportion de 11,4 %, alors que pour les 1.000 premiers, celle-ci n'était que de 9,6 %. On comprend que devant de tels chiffres, on soit en droit de se demander, si les tuberculoses ainsi décelées, sont vraiment par leur évolution,

leur gravité, de vraies tuberculoses, et si en révélant à ces « candidats à la maladie » la nature de l'affection dont on découvre les signes, soit sthétacoustiques, soit radiologiques, on ne va pas à l'encontre du résultat cherché, c'est-à-dire traiter des malades qui n'en sont pas et qui occuperont dans les sanatoriums, des lits qui permettraient à d'autres étudiants qui, eux, sont de vrais malades, de se soigner. Il ne faut pas non plus oublier que la vie sociale de l'individu ainsi frappé, est arrêtée, que des problèmes familiaux peuvent se poser, et le médecin devant de tels cas est en droit de se demander si cette affection découverte par hasard chez un être d'aspect floride, est bien une tuberculose active, évolutive, ou une de ces réinfections latentes ou abortives sur lesquelles M. Ameuille insiste tant et depuis si longtemps.

D'autre part, si nous faisons une répartition par année, nous obtenons le tableau suivant qui donne le pourcentage des malades entrés au cours de chacune de ces années, qui furent des « dépistés » :

année 1933 :	6 sur 63 entrants,	soit 9,5 %.
année 1934 :	16 sur 190 entrants,	soit 8,4 %.
année 1935 :	11 sur 173 entrants,	soit 6,4 %.
année 1936 :	17 sur 174 entrants,	soit 9,7 %.
année 1937 :	22 sur 158 entrants,	soit 13,9 %.
année 1938 :	23 sur 186 entrants,	soit 12,3 %.
année 1939 :	42 sur 199 entrants,	soit 21,1 %.
année 1940 :	11 sur 158 entrants,	soit 6,9 %.

On constate donc que la proportion des étudiants malades dépistés par des examens systématiques est allée croissant avec les années. La chute brutale que présente l'année 1940 s'explique par le flottement qu'il y eut à la suite de la division de notre pays en différentes zones.

II. — Envisageons à présent la gravité plus ou moins grande qu'ont présentée ces tuberculoses :

1°) Sur les 148 cas qui nous occupent, le diagnostic de tuberculose chez un étudiant seulement peut être discutable, tant l'image radiologique était atténuée, aussi fit-il un séjour très court au sanatorium.

2°) Dans 5 autres cas, le diagnostic de tuberculose abortive semblait pouvoir être porté. Nous savons que le diagnostic de tuberculose abortive telle que l'a décrite Bard ne peut être porté qu'en présence d'un syndrome très précis :

a) Absence de tout signe clinique autre que les hémoptysies non fébriles.

b) Image radiologique consistant en calcifications ou en nodules nets et homogènes, ou en tractus finement dessinés.

c) La présence de bacilles de Koch dans les crachats est exceptionnelle, du moins à l'examen direct.

Nous tenons à signaler que deux de ces malades firent pendant leur séjour au sanatorium, alors que les conditions de repos, de nourriture et d'hygiène ne pouvaient être meilleures, l'un, une pleurésie séro-fibrineuse banale, l'autre présenta un fléchissement net de l'état général avec émission de bacilles dans les crachats, ce qui manifestait malgré tout un certain potentiel évolutif.

I. — Parmi les étudiants qui négligèrent par insouciance l'avertissement qui leur était donné ou parce que leur médecin (obs. 10 et 12) ne crut pas à la gravité des manifestations radiologiques révélées par l'examen systématique ou fortuit, on relève 5 décès, soit une proportion de 26 %.

Il est intéressant de noter que, pour ces malades chez qui la tuberculose s'est montrée particulièrement grave puisque la mort en a été l'aboutissement inéluctable.

a) La période de temps écoulée entre l'avertissement donné lors de l'examen systématique ou fortuit et l'entrée au sanatorium dans un état vraiment alarmant, a rarement dépassé un an à un an et demi (obs. 1, 2, 3, 5). Exceptionnellement pour un étudiant (obs. 4), il s'est écoulé quatre années après une première réforme lors de son incorporation, pendant lesquelles le malade a mené une vie absolument normale.

b) Le dépistage systématique n'avait pas montré de très grosses lésions puisque sur ces cinq cas on relève :

2 atteintes bilatérales des sommets sans cavernes (obs. 1 et 3).

2 atteintes unilatérales des sommets non excavées (obs. 4 et 5, chez le premier l'atteinte fut même déclarée cicatricielle).

1 atteint de la région axillaire droite, sous forme de condensations peu homogènes (obs. 2).

c) Tous ces malades arrivèrent au sanatorium dans un état si grave qu'aucun traitement ne put être tenté. Chez un seul (obs. 3) on créa à quelques jours d'intervalle un double pneumothorax suivi d'une section de brides qui ne put arrêter enrayer l'échéance fatale de la maladie.

B) — Chez les 14 autres cas où la tuberculose évolua favorablement dès qu'ils consentirent à se soigner, on note que :

a) l'image radiologique lors d'un nouvel examen systématique ou fortuit a toujours marqué une aggravation de l'état pulmonaire accompagnée d'une déficience plus accentuée de l'état général.

Il suffit de 3 mois pour transformer une atteinte légère du sommet droit en une lobite supérieure excavée (obs. 11).

Pour un autre (obs. 7), quelques petites condensations sous-claviculaires droite et gauche, se transforment au bout de dix-huit mois en une large caverne du sommet droit et en de petites cavernes axillaires gauches.

Chez un autre étudiant (obs. 16), l'aggravation n'est due qu'aux fatigues que la retraite des armées françaises imposa aux soldats.

b) Tous ces malades lorsqu'ils se décidèrent à entrer au Sanatorium des Etudiants furent justiciables d'une collabsothérapie, sauf deux d'entre eux (obs. n° 13 et 19) pour qui une simple cure de quelques mois suffit à éclaircir radiologiquement les champs pulmonaires ; chez les autres on créa 9 pneumothorax unilatéraux ; un double pneumothorax (obs. n° 7) ; une pneumo-céreuse (obs. n° 14) ; et une thoracoplastie (obs. n° 18).

Nous croyons donc que le séjour de ces malades au sanatorium et le temps qu'ils ont ensuite passé en post-cure à consolider leur guérison, auraient été abrégés, si ces malades avaient fait leur profit de l'avertissement qui leur avait été donné.

II. — Envisageons à présent les cas des cent vingt-neuf étudiants qui eurent la sagesse de venir se soigner en sanatorium aussitôt fait le dépistage de leur tuberculose.

1° - a) Si on a à déplorer parmi eux treize décès (soit 10 %), nous devons remarquer toutefois que ce chiffre est proportionnellement bien inférieur à celui que nous a fourni la catégorie précédente (26 %). Dans cette catégorie entre des malades qui, partis guéris, durent leur évolution fatale à une complication extra-pulmonaire (obs. 25 et 26).

b) On notera la diversité et le nombre des traitements institués : seuls quatre malades (obs. 24, 25, 26, 29) ne relevèrent d'aucune thérapeutique, tant leur état fut grave d'emblée. On créa à 3 malades un double pneumothorax

à 2 autres une phrénicectomie

à 6 autres un pneumothorax.

Un malade (obs. 25) qui par le seul effet de la cure diététo-hygiénique et climatique, avait réussi à nettoyer complètement l'image cavitaire que présentait ces radiographies fit par la suite, alors qu'il continuait prudemment ses études, une évolution brutale qui amena le décès.

c) Nous sommes obligés de constater chez tous ces malades qui furent soignés dès l'apparition des premières anomalies radiologiques avant même, chez certains, que les bacilles ne se montrassent dans l'expectoration, qu'aucune thérapeutique ne put avoir raison de l'évolution sévère de leur tuber-

culose pulmonaire. Croit-on vraiment que ces malades, s'ils avaient menés une vie normale, faite de travail, de soucis, de privations parfois, eussent échappés à ce dénouement cruel ? La thérapeutique, certes, s'est révélée impuissante, néanmoins il reste pour le médecin la satisfaction d'avoir tenté quelque chose. Nous savons que la lutte contre la tuberculose ne connaît pas toujours que des succès et que les échecs sont dus sans doute à une virulence particulière du bacille ou à un terrain particulièrement mauvais ou encore à l'association des deux.

2° - Dans ce paragraphe nous parlerons des tuberculoses que nous considérons comme graves, parce qu'elles le furent en réalité par leurs signes cliniques, par leur évolution et qu'une thérapeutique plus ou moins énergique parvint seule à les améliorer.

a) Nous constatons que parmi ces trente et un malades, il y eut :

— 9 pneumothorax simples, mais 3 parmi ces malades virent leur pneumothorax se compléter (obs. 36-38-52).

soit d'une thoracoplastie,

soit d'un pneumo-péritoine,

soit d'une phrénicectomie,

soit encore d'une association de ces diverses thérapeutiques.

— 9 pneumothorax bilatéraux.

— 8 thoracoplasties, dont une précédée de la pose d'un ballon (obs. 63) et une autre bilatérale (obs. 34).

b) Des 5 malades pour qui aucun traitement ne fut institué, l'un fit une granulie froide (obs. 50) guérie par la cure simple, les autres quittèrent le sanatorium avant qu'aucun traitement ne fut entrepris.

c) On est donc frappé de voir le nombre d'interventions successives que certains malades supportèrent, tel le cas du malade de l'obs. 36, à qui on fit une phrénicectomie pour corriger les effets de la symphyse de son pneumothorax, puis une pneumo-péritoine, qui ne donna aucun résultat, enfin une thoracoplastie vint compléter cet ensemble d'interventions.

d) Notons encore que quelques-uns parmi ces malades, après un premier séjour en sanatorium qui amena le nettoyage radiologique de leurs lésions et la disparition des bacilles de l'expectoration, reprirent une activité modérée, firent néanmoins une rechute qui nécessita pour l'un d'eux la création d'un second pneumothorax (obs. 57) et pour l'autre une thoracoplastie (obs. 51).

Enfin si nous réunissons les observations de la série précédente à ces dernières, nous constatons que 34 % des malades qui se soignèrent aussitôt le diagnostic porté, firent néanmoins une forme sévère de tuberculose que toutes les ressources de la thérapeutique anti-tuberculeuse ne parvinrent pas toujours à juguler.

3° Nous plaçons dans ce paragraphe les tuberculoses que nous appelons bénignes parce que leur évolution fut arrêtée et que le nettoyage radiologique fut rapide dès la mise au repos du malade complétée parfois par un pneumothorax ou une phrénicectomie.

La grande place que ces malades occupent par leur nombre dans notre statistique est tout à l'avantage des examens systématiques et répond aux efforts qu'on ne cesse de prodiguer pour que ces derniers entrent tout à fait dans nos mœurs.

Que demande-t-on à ces examens si ce n'est de découvrir des lésions tuberculeuses à leur début ? Il est plus facile en règle générale et le séjour en sanatorium en est écourté de soigner un petit foyer initial qu'une grosse lobite excavée par exemple. D'autre part, la lésion jeune n'a pas le temps de créer un foyer péri-lésionnel de pachypleurite qui risque de nous donner, si nous voulons créer un pneumothorax, soit de grosses adhérences difficilement sectionnables, soit une grosse symphyse qui risque de rendre ce pneumothorax contre-électif.

Sur ces 80 malades : 38 (45 %) ont guéri rapidement par la cure diététo-hygiénique et climatique tant leurs lésions tuberculeuses étaient minimales.

44 (55 %) furent justiciables d'un pneumothorax.

2 autres eurent une phrénicectomie.

Nous n'eumes dans aucun cas à intervenir par une thoracoplastie toujours mutilante.

4° Il est intéressant de remarquer la proportion élevée d'étudiants en médecine dépistés par les examens systématiques. Sur nos 148 observations, 28 sont des observations d'étudiants en médecine, ce qui nous donne un chiffre de 19 % alors que dans les statistiques établies par Sieur pour l'ensemble des Français passant à la visite d'incorporation le taux des dépistés était de 4 0/00.

Le but de notre travail est de fournir la preuve que les tuberculoses décelées par les examens systématiques ou fortuits sont toujours de vraies tuberculoses ; qu'elles évoluent cliniquement et radiologiquement comme ces dernières et que leur gravité n'est pas toujours en rapport avec l'importance

des signes découverts. Naturellement, si le traitement est appliqué sur des lésions récentes, nous aurons toujours plus de force pour juguler cette maladie ; mais reconnaissons, malgré tout, que rien ne peut parfois enrayer l'échéance fatale de certaines tuberculoses, même soignées précocement.

Le médecin devra toujours se comporter chez ces tuberculeux en apparence sains comme s'il se trouvait en présence de tuberculeux avérés. En effet, nos statistiques nous donnent, par la sècheresse de leurs chiffres, le rapport de mortalité des malades des deux grandes divisions de notre ouvrage, à savoir :

a) ceux qui ont attendu avant de se soigner que de gros signes apparaissent ;

b) ceux qui sont venus au sanatorium aussitôt l'avertissement donné.

Pour la première catégorie, le chiffre des décès est de 5 sur 19, soit 26 %, tandis que dans la seconde catégorie, nous avons 13 décès sur 31 malades, soit 42 %. Ce dernier chiffre relativement faible, comparé au précédent, est malgré tout, assez élevé et correspond au taux de mortalité générale. Qui oserait prétendre, devant un tel chiffre de mortalité, que ces jeunes gens étaient de faux malades ?

D'autre part, si nous relevons dans notre liste d'observations le nombre de malades qui eurent avant leur entrée ou pendant leur séjour dans notre établissement des bacilloscopies positives, on trouve seulement 34 étudiants sur 148, qui eurent des examens de crachats négatifs. Donc, 75 % de ces malades dépistés par des examens systématiques étaient des individus contagieux et le séjour qu'ils firent en sanatorium en les enlevant à leur collectivité a fait disparaître autant de foyers de contamination.

Ce qui, il faut en convenir, a une importance capitale, car tous ces tuberculeux dépistés par ces examens systématiques, soit à l'entrée des grandes écoles, soit à la visite d'incorporation, sont des adolescents qui vivaient au milieu d'autres adolescents, c'est-à-dire au milieu de récepteurs idéaux pour le bacille de Koch.

Nous pouvons remarquer aussi que les milieux de cultures s'améliorant, on décèlera à l'avenir parmi ces tuberculeux que nous déclarons non bacillaires, de vrais contagieux que nos moyens de laboratoire actuels ne nous permettent pas de découvrir.

Naturellement, notre travail ne porte que sur ces malades qui se soignèrent, c'est-à-dire sur une partie seulement de l'ensemble de tous ceux qui ont été dépistés par ces examens

systématiques ou fortuits. Parmi ces derniers, il y en a peut-être qui, tout en menant une vie normale, ont guéri leur tuberculose mais ce doit être une faible minorité. Il serait puérile de croire que seuls ont évolué ceux qui se sont soignés en sanatorium et que leur tuberculose ne se soit donné libre cours que par excès de soins et de précautions. Nous sommes persuadés qu'un bon nombre de ces candidats à la tuberculose doivent, dans les sanatoriums, regretter de ne pas avoir commencé plus tôt à se soigner. Et notre conviction est d'autant plus forte que les circonstances de vie dues à la défaite, c'est-à-dire : la sous-alimentation, les soucis d'ordre affectif et le climat moral du Français préparent un terrain excellent pour les poussées évolutives de ces tuberculoses.

Quel traitement instituer ? Notre réponse sera brève : la cure sanatoriale. Ce ne sont pas des malades que l'on peut soigner à domicile ou en cure libre, parce qu'ils ne croient pas à la gravité de leur affection. Ils seront indociles, indisciplinés, raisonneurs, et leur bonne santé apparente leur fera repousser toute intervention que leur médecin aura jugé nécessaire.

En sanatorium, les malades soumis à la même et parfois dure discipline acquièrent très vite au contact de leurs camarades la docilité nécessaire à la conduite de leur traitement. Ces établissements permettent d'ailleurs une surveillance plus attentive et une intervention plus prompte. Si après trois mois, dans les cas bénins, les lésions tuberculeuses ne régressent pas, et même si les bacilloscopies demeurent négatives, on doit créer un pneumothorax qui seul amènera une guérison rapide et durable de la maladie.

En résumé, tout sujet qu'un examen systématique ou fortuit aura découvert porteur de lésions tuberculeuses devra être dirigé sur un sanatorium, quel que soit le caractère évolutif de ses lésions.

Conclusions

I) Les examens systématiques des collectivités posent un problème d'une importance capitale : les atteintes qu'elles décèlent, c'est-à-dire en pratique les anomalies radiologiques muettes, correspondent-elles à des maladies vraies susceptibles d'évoluer ?

II) Les milieux universitaires, où le dépistage est fait depuis des années de façon sérieuse quoiqu'encore incomplète, se prêtent spécialement bien à l'étude de ce problème : les malades sont en effet traités au Sanatorium des Etudiants et suivis après leur départ. Sur un total de 1.340 malades, 148 avaient été reconnus malades à un examen systématique, soit 11,4 %.

III) L'évolution de ces 148 malades permet d'affirmer très nettement que les tuberculoses dépistées par examen systématique sont aussi graves que les autres : la mortalité globale atteint 13,5 %, les traitements par collapsothérapie ont été nécessaires dans 104 cas.

IV) L'étude des malades qui ont négligé l'avertissement donné au moment où leur tuberculose a été décélée est particulièrement démonstrative : sur 19 malades qui ont commis cette erreur, 5 au moins sont décédés, soit 26 %. La mortalité est donc deux fois plus grande que pour les malades soignés.

V) On ignore le nombre de cas où, le malade ayant continué sa vie ordinaire, il est resté en bonne santé ; mais l'étude des malades qui se sont reposés suffit à montrer l'évolutivité des tuberculoses décélées par examen systématique et permet de soupçonner que la plupart des malades qui ont refusé de cesser leur travail doivent avoir souffert de leur tuberculose.

VI) Le traitement des tuberculoses décélées par examen systématique doit être semblable à celui des autres tuberculoses : la cure sanatoriale doit leur être imposée, et, chaque fois

que leur état clinique et radiologique l'indique, la collapsothérapie doit être entreprise.

VII) En définitive, la découverte de signes radiologiques à la même valeur qu'une hémoptysie d'alarme et révèle presque toujours non une tuberculose inactive, un état séquella, mais une lésion active et dangereuse.

Lu et approuvé
Le Président de Thèse :
MONGES,

Vu et approuvé
Le Doyen :
L. CORNIL

Vu et permis d'imprimer
Aix, le 3 Juillet 1942

Le Recteur
MARTINO

Bibliographie

- AMBERSON. — Méthode de dépistage des cas de tuberculose. (*The Journal of the American Medical Association*, 25 juillet 1936, p. 257)
- Les ombres annulaires pleurales radiographiques dans la tuberculose pulmonaire (*The American Revue of tuberc.*, 1921).
- AMEUILLE (P.) et KULDESKI (Ch. et E.). — Problème des tuberculoses abortives. (*Presse Médicale*, n° 82, 10 oct. 1936, p. 1580).
- Nécessité des examens bactériologiques et radioscopiques systématiques pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. (*Paris Médical*, n° 1, Janvier 1920).
- Formes abortives de la tuberculose pulmonaire (*Rev. de Méd.* Juin 1933, n° 6).
- AMEUILLE (P.), SAENZ (A.) et CONETTI (G.). — Les réinfections tuberculeuses abortives du poumon. (*Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1938. Séance du 8 avril.
- ANGIRANY. — Le rôle de la radiologie dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. (*Thèse de Lyon*, 1930).
- APPEL, DUCLAUX et CHARLES. — Le rôle du radiodiagnostic systématique dans la prophylaxie de la tuberculose.
- ARNOULD et POIX. — La recherche des tuberculeux dans les collectivités par l'examen systématique ; application et valeur de la méthode. (*Rev. de phé.* Déc. 1931, T. XII, n° 6).
- ASCHOFF. — Über die natürlichen Heilungsvorgänge bei der Lungengonthisie. (*Verhandlungen des XXXIII Deutschen Kongresses für innere Medizin*, Wiesbaden, 1921).
- ASSMANN. — Des infiltrations sous-claviculaires au début de la tuberculose des adolescents. (*Deutsch Med. Wochenschr.*, 6 mai 1927).
- BAUGARTEN. — Über latente Tuberculose. (*Samml. Klin. Vort von Volkmann*, 1882, n° 218).
- BERNARD, CHANTEGRIEL et PITTÉ FERRANDI. — Essai de radioscopie systématique pour le dépistage de la tuberculose pulmonaire chez les écoliers. (*Arch. de Méd. Gle et Cle*, n° 5, 1935).
- BERNARD (L.). — Le dépistage de la tuberculose chez l'écolier. (*Revue de la tuberculose*, mai-juin 1932).
- BERTHET (E.). — Dépistage de la tuberculose pulmonaire par la radioscopie systématique en milieu scolaire. (*Lyon-Méd.* 1937).
- BETHOUX. — Organisation et fonctionnement de la préservation de l'enfance contre la tuberculose dans le cadre départemental et communal. (*Rev. de la tuberc.* 1937).

- BOYNTON DIEHL et SHEPART. — Valeur relative de la radioscopie de la radiographie et de l'examen physique pour dépister la tuberculose chez les étudiants. (*Rev. de la tuberc.*, 1939).
- BEZANÇON (F.). — Tuberculose pulmonaire latente. et tuberculose pulmonaire atténuée. (*Bull. Soc. int. Hôp.* Paris, 1907, p. 28-39).
— Orientation de la lutte anti-tuberculeuse. (*Acad. de méd.* Séance du 22 février 1938).
- BEZANÇON et BRAUN, MEYER. — Les cracheurs de bacilles de Koch sans lésions apparentes. (*Presse médicale*, 9 mai 1934).
- BEZANÇON, BRAUN, FREY-RAGU. — Tuberculose pulmonaire ignorée, décelée par l'examen systématique. (*Rev. de la tuberc.*, 1930).
- BOSQUET (J.-F.). — L'emploi dans les collectivités de la radioscopie systématique pour le dépistage de la tuberculose pulmonaire. (*Thèse*, Paris, Arnette, 1934).
- BRAUN. — Nécessité de l'extension de l'examen radiologique et en particulier radiographique pour le diagnostic des affections pulmonaires. (*Presse médicale*, n° 25, Juin 1937).
— Réalisation pratique des examens pulmonaires systématiques et systématiquement répétés des collectivités au travail. (*Presse médicale*, 8 mai 1937).
- CAMPANI (A.) et BALLI (R.). — La tubercolosi cervico apicale in confronto alla tubercolosi ilo centrale. (*Riv. di pat. e. clin. d. tuberc.*, 31 octobre 1931).
- CANETTI (G.). — Les réinfections tuberculeuses latentes du poumon. *Thèse*, Paris 1939.
- CASSOU. — Le dépistage de la tuberculose pulmonaire dans l'armée. L'apport de la radioscopie systématique. Son emploi dans la 8^e région. (*La Bourgogne méd.*, n° 2, Février 1935).
- CHANTEGREIL (F.), BERNARD, PITTI-FERRANDI. — Essai de radioscopie systématique pour le dépistage de la tuberculose pulmonaire chez les écoliers. (*Archives de méd. Gén. et Col.* n° 5, 1935.)
- COURCOUX. — Dépistage et prophylaxie de la tuberculose dans les collectivités d'adolescents. (*Rev. de la tuberc.*, 1938).
- COURCOUX et BRAUN. — Sur l'intérêt des examens systématiques pour le dépistage de la tuberculose chez les sujets de plus de 15 ans. (*Rev. de la tuberc.*, 1939).
- CHIEUX. — Tuberculose pulmonaire latente. *Thèse*, Paris 1900.
- COIC. — L'examen radioscopique systématique des recrues pour le dépistage de la tuberculose pulmonaire et son utilisation dans les collectivités. (*Gazette méd. de Nantes*, Janv. 1936).
- CORVETTO (A.). — Formas abortivas de la tuberculosis pulmonar. (*Med. Theria*, Madrid, 1921, t. XV, p. 117-121.)
- DELHERM et THOYER-ROZAT. — Rôle social du radiodiagnostic dans le dépistage de la tuberculose pulmonaire. (*III^e Congrès international de radiologie*, Juillet 1931).

- DELHERM, THOYER-ROZAT, LANEL (Ch.). — Le dépistage de la tuberculose pulmonaire au début par l'examen radiologique systématique. (*Monde Médical*, Août 1928).
- DELHERM et THOYER-ROZAT. — De l'intérêt des examens radiologiques systématiques pour le dépistage de la tuberculose pulmonaire. (*Bull. de la Soc. de Radio. Méd. de France*, Fév. 1931).
- DELIENCOURT. — Part de la radiologie à la période dite initiale de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. (*Thèse de Paris*, 1929.)
- DUCHAMP. — Dépistage radiologique systématique de la tuberculose pulmonaire, application à l'école des infirmières de l'A.P. (*Pratique médicale française*, nov. 1936 et *Société française d'électrothérapie et de radiologie*, nov. 1936).
- DUCLAUX. — Le dépistage radiologique de la tuberculose pulmonaire. (*L'année électro-radiologique*, 1934-1935).
- DUFOUR, ANGIRANY et DESPEIGNES. — Les formes radiologiques de la tuberculose pulmonaire. (*Arc. Méd. Chirur. de l'app. respiratoire*, t. VI, 1931).
- DUMAREST. — Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire fibreuse. Contribution à l'étude des formes bénignes et latentes de la tuberculose pulmonaire. (*Journal de Méd. de Lyon*, 5 avril 1936) — Sur le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. (*Journal de Méd. de Lyon*, Oct. 1939).
- DREYFUS (G.), SÉE. — Les fausses images cavitaires chez les tuberculeux. (*La pratique médicale française*, N° 6, Avril 1934.)
- DUTREY (M.). — Résultats d'une bacilloscopie systématique en milieu militaire. (*Revue de la Tuberculose*, N° 4, Avril 1936).
- FLETCHER. — Dépistage de la tuberculose présymptomatique chez l'enfant. (*The Lancet*, N° 5, 661, 27 fév. 1932, p. 444).
- FORESTIER. — Etude critique, clinique et évolutive de la tuberculose découverte à l'occasion d'examens systématiques chez 42 étudiants. (*Thèse*, Paris, 1937).
- GUARRIGUES (Alb.). — Tuberculose pulmonaire latente. (*Indépendance Méd.*, Montréal, N° 7 et 8).
- GENEVRIER. — Présentation de l'écolier contre la tuberculose : Association Internationale de Pédiatrie préventive. (*V^e Conférence*, Bâle, 20 septembre 1935).
- GIANNATEMP. — Les recherches systématique-biologico-cliniques et radiologiques dans les écoles et le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. (*Revue de la Tuberculose*, 1941).
- GUINARD. — La lutte contre la tuberculose dans les milieux industriels et commerciaux. (*Revue de Phtisiologie*, Sept.-oct. 1933).
- HÉRICOURT. — Tuberculoses latentes et tuberculoses atténuées. (*Rev. Scient.*, 1878).
- HETHERINGTON Mac PHEDRAN, LAUDIS et OPIE. — Nouvelles études sur la tuberculose chez les écoles. (*The American Review of Tuberc.*, Fév. 1934, p. 142-169).

- HIRSCHBERT (P.). — Le wagon radiologique du chemin de fer du Nord. (*Bull. Acad. de Méd.*, Paris, 109, 900-905, 27 juin 1933).
- HURWICH et MILLES (G.). — Apical localization ; pulmonary tissues as excretory organs for tubercle bacilli. (*An. rev. tuberc.* Fév. 1935, p. 31, 151, 161).
- JALET et FOUQUET (G.). — Au sujet du dépistage de la tuberculose pulmonaire et des splénomégalias dans les collectivités par l'examen radiologique systématique. (*Société d'électro-radiol. d'Alger*, séance du 22 déc. 1934, in *l'Algérie Méd.*, Mars 1935).
- JULLIEN et SIEUR. — Le dépistage de la tuberculose par l'examen radioscopique dans les armées françaises et étrangères. (*XX^e Congrès annuel international d'Hygiène*, Paris, 23-26 oct. 1933 in *Presse méd.*, n° 94, 25 nov. 1933).
- JULLIEN, SIEUR et ANDRIEUX. — Action conjuguée de l'école et de l'armée dans le dépistage de la tuberculose. (*Mouvement sanitaire*, N° 142, Février 1936).
- JULLIEN et SIEUR. — Quelques découvertes de la radioscopie systématique. (*Revue de la Tuberculose*, Mars 1937).
- JULLIEN, SIEUR et DUTREY. — Radioscopie systématique des collectivités et tuberculose pulmonaire. (*Revue de la Tuberculose*, 1940).
- KATTENDIOT. — Das zweite semester Röntgenreihendurchleuchtung an den Universität München. (*Zeitsch. f. Tuberculose*, LVIII. 1930).
- Neue Ergebnisse der Münchner Studentenreihendurchleuchtung. (*Zeitsch. f. Tuberculose*, LXII, 1931).
- KAYSER. — Die Bedeutung der Lungenspitzentuberkulose für die Entstehung der schwindeucht der Erwachsenen. (*Beitr. z. Klin. der Tuberk.*, 70, 132-159, 1928).
- KAYSER et PETERSEN. — La tuberculose à l'école (*Münch med. Wochen*, 20 avril 1934, N° 16, p. 618).
- LABESSE. — Le dépistage de la tuberculose pulmonaire. (*Journ. Méd. Franç.* N° 6, t. XX, Juin 1931).
- LANEL (Ch.). — Considérations sur la valeur respective de la radioscopie et de la radiographie de la tuberculose pulmonaire. (*Thèse de Paris*, 1927).
- LE BOURDELLES (A. C. B.) et PICOT (L.-C.). — L'emploi de la radiologie dans le dépistage de la tuberculose pulmonaire. (*Arch. de Méd. et de Pharm. Militaires*, Juin 1932, N° 6).
- La Tuberculose pulmonaire à début brusque dans l'armée. (*Bull. de la Soc. de Médecine Militaire française*, 1930).
- LAQUIERRIÈRE. — De l'importance de la radiographie dans l'ex-pulmonaire. (*Société de radio. Mle française*, Janvier 1924).
- LESNE et DREYFUS-SÉE. — Les défaillances de la prophylaxie de la tuberculose à l'école. (*Bull. de l'Académie de Médecine*, 9 avril 1935).

- LEURET et CAUSSIMONT. — Diagnostic précoce de la tuberculose. (*Rapport du Congrès de la tuberculose de Bordeaux*, 1931).
- MARAGLIANO. — Latente une Larvite Tuberkulose. (*Berlin Klin. Wochenschr.*, 11 et 12 mai 1896).
- MAUGAN, VAUCHER et STRAUSS. — A l'Université de Strasbourg, trois années de Médecine Préventive. (*L'Alsace Française*, 14 mai 1933).
- MEERSSEMAN (F.). — Quelques observations de porteurs valides de bacilles de Koch. Porteurs valides ou porteurs sains. (*Soc. d'Etud. Scient. de la Tuberculose*, 14 déc. 1933).
— Les cracheurs sains de bacilles de Koch (Quelques précisions complémentaires). (*Journ. de Méd. de Lyon*, 20 oct. 1936).
- MEYER (A.). — La tuberculose pulmonaire occulte à expectoration bacillifère. (*Thèse de Paris*, 1935).
- NEUMANN. — Résultats de l'examen radiologique du sujet apparemment bien portant. (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. LX, N° 4, 1931, Leipzig).
- NOVAK et URUGLICK. — Dépistage de la tuberculose dans les écoles supérieures de Chicago. (*Rev. de la Tub.* 1939).
- PELLAT. — Dépistage de la tuberculose par les examens radioscopiques et tuberculiniques systématiques en milieux scolaires. (*Thèse de Lyon*, 1938).
- PIGEON (Roger). — Etude du syndrome radioacoustique au cours de la tuberculose pulmonaire. (*Thèse de Paris*, 1934).
- POIX. — Organisation et fonctionnement du service médico-social d'une administration privée. (*Presse Médicale*, Mai 1925).
— La tuberculose et les agents des Postes. (*Revue de Phthisiologie*, 1930).
- QUIVY. — La radioscopie pulmonaire systématique des sujets présumés sains à l'examen clinique. (*Paris-Médical*, 1929).
- RIEUX. — La tuberculose pulmonaire latente. (Paris, Dijon, 1926).
- RIST (E.). — Le rôle des méthodes radiologiques dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début. (*Journal méd. franç.* Août 1913).
— Les principes de diagnostic rationnel de la tuberculose pulmonaire. (*Presse Médicale*, 13 juillet 1916).
— Le début brusque de la tuberculose pulmonaire de l'adulte et sa localisation lobaire (*Revue de la Tuberculose*, 1930)
- ROUVILLOIS, CRISTEAU-LIÉGEAIS. — A propos du dépistage précoce de la tuberculose dans l'armée. (*Bull. Adéd. Méd.*, séance du 17 juillet 1934, N° 27).
- SALLE. — Notes sur l'emploi des rayons de Roentgen chez les jeunes soldats pour déceler des lésions ignorées du cœur et des poumons en particulier la tuberculose. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 14 mars 1902).

- SCHREIBER (G.). — L'examen radioscopique des conscrits et le dépistage de la tuberculose. (*Clinique*, Paris 25, 267-269, Juillet 1930).
- SERGEANT. — Exploration radiologique de l'appareil respiratoire.
- SIEUR. — Le rôle de la radiologie dans la médecine préventive. Utilisation massive de la radioscopie pour la protection de la collectivité. (*Archives d'électricité médicale et de physiothérapie du cancer*, 1935).
- Examen radioscopique du contingent. (*Soc. de Méd. Militaire Française*, Bull. de mai 1928).
- SIEUR et JULLIEN. — Le dépistage de la tuberculose par l'examen radiologique dans les armées françaises et étrangères. (*Arch. Méd. Chir. de Province*, 15 janvier 1935).
- SIEFFLET. — Formes abortives de la tuberculose pulmonaire. (*Thèse de Paris*, 1932).
- STEPHANI et MARCHAL. — Diagnostic radiologique de la tuberculose pulmonaire au début. (*Maloine*, édit., Paris, 1932).
- THOYER-ROZAT et DELHERM. — Le rôle social du radiodiagnostic dans le dépistage de la tuberculose pulmonaire. (*III^e Congrès intemp. de radiol. de Paris*, 26-31 juillet 1931).
- TILMANT. — Le dépistage des tuberculoses actives et la surveillance de l'évolution de la tuberculose pulmonaire. (*L'Hygiène Sociale*, 25 janvier 1932).
- TROTOT. — Les bases du diagnostic vraiment précoce et efficace de la tuberculose pulmonaire. (*Monde Médical*, 1928).
- VAN PÉE. — Le radiodiagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. (*Liège Médical*, 3 janv. 1932).
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'ins'truction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



